

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et populaire

Ministère de l'Enseignement
Supérieure
Et de La Recherche Scientifique
Université – BATNA 01-
Faculté des Sciences Humaines et
Sociales
DEPARTEMENT SCIENCES
SOCIALES
Comité scientifique



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة باتنة 1 الحاج لخضر
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
المجلس العلمي

رقم: 96/م.ع/2020

مستخرج من محضر المجلس العلمي
محضر رقم: 2020/02

بناء على محضر اجتماع اللجنة العلمية لقسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا في دورتها العادية رقم 2020/03 والمنعقد يوم 2020/09/14، وافق المجلس العلمي للكلية في دورته العادية المنعقد بتاريخ 2020/09/24، على اعتماد المطبوعة البيداغوجية للدكتور(ة): سمية عليوة والموسومة بعنوان: " الاضطرابات السلوكية و الانفعالية"، الموجهة لطلبة السنة الثالثة علم النفس المدرسي.

وقد سلم له (ها) هذا المستخرج لاستعماله فيما يخوله القانون.

باتنة يوم 2020 /11/30

رئيس المجلس العلمي



رئيس المجلس العلمي
لكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

أ. د. أحمدو علي

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة باتنة 01 الحاج لخضر

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا

مطبوعة بيداغوجية في مقياس الاضطرابات السلوكية و الانفعالية

مقدمة للسنة الثالثة مدرسي

السنة الجامعية 2020/2019





فهرس المحتويات

الصفحة	الفهرس
5	مقدمة.
6	المحاضرة الاولى: مدخل مفاهيمي لاضطراب السلوك
6	1 تعريف السلوك السوي والشاذ
7	2_ تعريف الاضطرابات السلوكية والانفعالية
11	3_ تاريخ الاهتمام بالاضطرابين سلوكيا وانفعاليا
13	4_ نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية
14	المحاضرة الثانية: محكات تحديد الاضطرابات السلوكية والانفعالية وتصنيفها
14	1_ محكات تحديد الاضطرابات السلوكية والانفعالية
19	2_ تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية
19	2_1 التصنيف الطبي
20	2_2 تصنيف منظمة الصحة العالمية
21	2_3 تصنيف جمعية علم النفس الامريكية
22	2_4 التصنيف السلوكي
23	2_5 التصنيف التربوي
24	المحاضرة الثالثة: اسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية

24	1_ العوامل البيولوجية
24	2_ العوامل النفسية
25	3_ عوامل العائلة و الاسرة
25	4_ العوامل المدرسية
26	5_ عوامل المجتمع
27	المحاضرة الرابعة: خصائص المضطربين سلوكيا وانفعاليا
27	1 الخصائص الانفعالية والاجتماعية
27	2_ الخصائص العقلية والاكاديمية
28	3_ خصائص خاصة بالاطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا
30	المحاضرة الخامسة: النظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية والانفعالية
30	1_ النظرية البيولوجية
32	2_ النظرية التحليلية
33	3_ النظرية السلوكية
34	4_ النظرية البيئية
36	المحاضرة السادسة: قياس وتشخيص الاطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا
36	1_ الفحص الطبي
36	2_ الملاحظة
37	3_ المقابلة

38	4_ دراسة الحالة
38	5_ قوائم التقدير
39	6_ المقاييس والاختبارات
43	المحاضرة السابعة: المجموعة 1 من اشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية
43	1_ السلوك العدواني
54	2_ اضطراب النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه
65	المحاضرة الثامنة: المجموعة 2 من اشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية
65	1_ القلق
73	2_ الانسحاب الاجتماعي
82	المحاضرة التاسعة: المجموعة 3 من اشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية
82	1_ التوحد
101	2_ صعوبات التعلم
118	المحاضرة عشرة : الخدمات التربوية والنفسية والاجتماعية والطبية المقدمة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا
118	1_ الخدمات التربوية
122	2_ الخدمات النفسية
123	3_ الخدمات الاجتماعية
125	4_ الخدمات الطبية

126	المحاضرة الحادية عشرة: تعديل السلوك
126	1_ مفهوم تعديل السلوك
127	2_ الاتجاهات النظرية لتعديل السلوك
128	3_ مبادئ تعديل السلوك
130	4_ اهداف تعديل السلوك
131	5_ مجالات تعديل السلوك
132	6_ بعض الاساليب المستخدمة في تعديل السلوك
134	خاتمة

مقدمة:

تعتبر الاضطرابات السلوكية احدى ميادين التربية الخاصة الحديثة نسبيا، والمعرفة في هذا الميدان لا تزال حديثة مقارنة بميادين التربية الخاصة الاخرى، ونتيجة للاختلاف في طبيعة الاضطرابات السلوكية واسبابها ، وعلاجها ، وكذلك نتيجة لتعدد اختصاصات واهتمامات المهنيين والباحثين ، بالاضافة الى تعقد الاضطراب نفسه وتداخله مع اضطرابات اخرى ، جعلت الباحثين يميلون الى استخدام مصطلحات متعددة للإشارة الى هذه الفئة من الاشخاص ، فمن المصطلحات التي استخدمت للإشارة الى هذه الفئة من الاشخاص، مصطلح الاضطرابات الانفعالية او مصطلح الاعاقة الانفعالية ، الا ان التوجهات الحديثة في التربية الخاصة تميل الى استخدام مصطلح الاضطرابات السلوكية.

وتعكس مثل هذه الاضطرابات في الواقع خلا معينا في السلوك بشقيه: الموجه من الفرد صوب الخارج والذي يعبر عنه بالاضطرابات السلوكية ، والتي تعكس خلا في جانب السلوك الموجه من الفرد للاخرين بما في ذلك نمطي السلوك العلني او الصريح كالعدوان ، او السلوك الخفي ، كالسرقة وتعاطي المخدرات .. الخ ، والسلوك الموجه من الفرد نحو الداخل والذي يعبر عنه بالاضطرابات الانفعالية التي تدل على ما قد يتعرض له الفرد من خلا في الجانب الوجداني نتيجة عدم قدرته على تحمل ما قد يتعرض له من ضغوط مختلفة

وبما ان المضطربين سلوكيا يعتبرون من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة ، فعادة ما يتم التعامل مع هذه الفئة تعليما وتدريباً ، وتأهيلا وعلاجاً في اطار نسق التربية الخاصة ، حيث يتلقى افرادها على اثر ذلك تربية خاصة تتناسب معهم ، فضلا عما يرتبط بها من خدمات مختلفة.

المحاضرة الاولى: مدخل مفاهيمي لاضطراب السلوك

1_ تعريف السلوك السوي والشاذ:

إن تحديد السلوك السوي والمضطرب هو حجر الأساس لجميع المهن المتعلقة بالصحة النفسية. غير أن هذا التحديد بحد ذاته ليس بالأمر السهل. وقبل البحث عن السبب المؤدي إلى اضطراب أو مشكلة ما، علينا أولاً تحديد الاختلال أو الاضطراب الذي نحن بصدده مهما كان بسيطاً ، و معرفة ما يقصد بالضبط بالسلوك السوي (أو السواء) أو العادية أو عدم السواء ، قبل تشخيص مثل هذه السلوكيات ، سوية كانت أو شاذة.

والسلوك أياً كان يمكن فهمه من وجهة نظر علم النفس على أنه استجابة لمنبه ما قد سبب هذا السلوك. ولكن إذا أردنا أن نحكم على طبيعة سلوك معين ، أي فيما إذا كان السلوك سوياً أو مضطرباً ، فإننا نحتاج إلى معيار أو مقياس لنحكم وفقاً له. وعندما نطلق على سلوك ما صفة السلوك السوي أو العادي أو غير السوي ، فلا بد من الاستناد إلى معيار معين ، نقيس وفقه هذا السلوك ، ونطلق حكماً بناءً عليه. وفي حياتنا اليومية ، عندما نحكم على سلوك أي شخص نستخدم معايير مختلفة ، منها ما هو معيار شخصي ، تابع عن قياس تصرفات الآخرين وفق ما نراه نحن لأنفسنا بأنه سوي أو غير سوي ، ومنها ما هو معيار اجتماعي ، مستمد من التربية والعادات والقيم الاجتماعية. ويستخدم علماء النفس معايير أخرى، بناءً على أسس علمية كالتشخيصات القائمة على الاختبارات النفسية.(سامر جميل رضوان،2018).

أما عند الأطفال ، فإن الحكم على سلوك سوي أو مضطرب لطفل ما يزداد تعقيداً بسبب الطبيعة الخاصة لسلوك الأطفال ، المتعلقة بمراحل النمو ، حيث قد تبدو بعض السلوكيات ، في مرحلة ما ، طبيعية ولكنها في مرحلة أخرى غير ذلك ، وأحياناً بسبب التشابه الكبير أيضاً بين أنماط السلوك غير السوية وأنماط السلوك التي تعد نتيجة للمرحلة العمرية (كسلوك اللعب العنيف عند الأطفال الذكور).

كما أن الوظيفة التي يؤديها السلوك عند الأطفال تختلف عن الوظيفة التي يؤديها السلوك عند الكبار، وهذا ما ينبغي فهمه للخروج من الحلقة المفرغة التي قد يقع فيها المربون في هذا المجال فالأطفال يسعون من خلال سلوك معين ، إلى لفت انتباه الكبار ، أي أنهم يبحثون عن اهتمام الكبار بهم ، وعادة ما لا يهتم الكبار بالأطفال إذا كان سلوكهم عاديا ، ولكن عند القيام بسلوك ملفت للنظر من خلال التسبب باضطرابات أو تصرفات معينة ، فهم يسعون من وراء ذلك لفت انتباه الكبار .

وعندما يهتم الآخرون بالأطفال نتيجة هذا السلوك الملفت للنظر فإنهم بهذا يعززون الحلقة المفرغة بصورة لا إرادية ، ويصبح الطفل مبرمجا وفق مبدأ (يكفي في المرة القادمة أن أضرب هذا الطفل حتى أصبح مركز اهتمام الآخرين بي)، حتى وإن كان الثمن هو العقاب على ذلك التصرف. والحل هنا يتمثل في إبداء الاهتمام والرعاية بالطفل حتى عندما لا يكون سلوكه ملفتا للنظر وتعزيز إنجازاته البسيطة دائما.(سامر جميل رضوان،2018).

يحتاج الأهل والمربون في تعاملهم اليومي مع الأطفال إلى معايير معينة تساعدهم في التعرف على سلوك أطفالهم لتحديد ما إذا كان السلوك طبيعيا أم لا، وبالتالي معرفة ما إذا كان الطفل بحاجة إلى إرشاد ورعاية تستدعي تحويله إلى هيئات متخصصة إذا ما دعت الضرورة لذلك.

وبشكل عام ، يمكن اعتماد المعايير التالية ، وهي مرتبطة بعضها ببعض بشكل وثيق ، للحكم على سلوك طفل ما ، من خلال الملاحظة و المقارنة : السن ، الموقف الذي يظهر فيه السلوك،التكرار ، القيم والمعايير الاجتماعية ، الاستغراب ، على ان نتناول هذه المعايير الى جانب اخرى في المحطات القادمة من المحاضرة بشكل اكثر تفصيلي .

2_ تعريف الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

تعد محاولة إعطاء تعريف شامل ومتكامل للاضطرابات السلوكية أمر ليس بالسهل على الباحثين والمختصين في ميدان علم النفس ، ولا تكمن الصعوبة في قلة التعريفات فحسب ، بل تظهر في " تعدد يشوبه عدم الوضوح وعدم التمايز لهذا المفهوم بما يجعله مختلفاً عن

المصطلحات النفسية في هذا الميدان ، إضافة إلى أن هناك عدد من المسميات التي يلجأ الباحثين والمختصين إلى تعريف الاضطرابات السلوكية من خلالها أو استخدامها كمصطلح بديل عن الاضطرابات السلوكية ، ومن أهمها الإعاقة الانفعالية وسوء التوافق الاجتماعي والسلوك غير التكيفي واضطرابات الشخصية .(ليلي وافي،2006، ص14).

ويعود عدم وجود تعريف واحد متفق عليه بشكل عام الى اسباب متعددة ، فقد اشار كل من

(هالاهان وكوفمان) الى تلك الاسباب وهي متعددة:(Hallahan AND Kauffman1979)

☞ _ عدم توفر تعريف محدد ومتفق عليه للصحة النفسية.

☞ _ صعوبة قياس السلوك والانفعالات.

☞ _ تباين السلوك والعواطف.

☞ _ تنوع الخلفيات النظرية و الاطر الفلسفية المستخدمة.

☞ _ تباين التوقعات الاجتماعية الثقافية المتعلقة بالسلوك .

☞ _ تباين الجهات والمؤسسات التي تصنف الاطفال المضطربين وتخدمهم.

وللخروج من دائرة الخلط بين المفاهيم والتباينات فيما بينها فسيتم عرض لجملة من التعريفات

التي أعطاها الباحثين والمختصين لمصطلح الاضطرابات السلوكية في مجموعات وذلك لتسهيل التعرف عليها ودراستها:

① التعريفات ذات المنحى الاجتماعي:

✓ **تعريف هويت (1963):** ان الطفل المضطرب انفعاليا هو الفاشل اجتماعيا ، والذي لا يتوافق سلوكه مع السلوك السائد في المجتمع الذي يعيش فيه ، وهو الذي ينحرف سلوكه عما هو متوقع بالنسبة لعمره الزمني وجنسه ووضعه الاجتماعي ، بحيث يعتبر هذا السلوك سلوكا غير متوافق ويمكن ان يعرض صاحبه لمشاكل خطيرة في حياته (مصطفى القمش، واخرون،2006 ، ص 16).

✓ يرى Ros (1974) : بانها اضطراب سيكولوجي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكاً منحرفاً بصورة واضحة عن السلوك السائد في المجتمع الذي ينتمي إليه، بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء من بيئة الفرد نفسه. (امجد جمعة، 2005، ص44).

✓ ويضيف " كوفمان " Kaufman (1977) على مفهومها صبغة اجتماعية، حيث يشير إلى أن الأطفال المضطربين سلوكياً هم أولئك الذين يستجيبون لبيئتهم بطريقة غير مقبولة اجتماعياً وغير مرضية شخصياً ، وذلك بشكل واضح ومتكرر، إلا أنه يمكن تعليمهم سلوكاً مقبولاً ومرضياً اجتماعياً وشخصياً. (ليلي وافي، 2006، ص15).

② التعريفات ذات المنحى النفس _ اجتماعي :

✓ تعريف هارنج وفيلبس (1962): ان الاطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية هم اولئك الذين لديهم مشاكل خطيرة، قليلة كانت او كثيرة مع الافراد الاخرين (الاقران ، الاهل ، المدرسين)، وهم اولئك الاطفال غير السعداء او غير القادرين على تقديم انفسهم بطريقة تتناسب مع قدراتهم واهتماماتهم ، وبشكل عام فانه يمكن القول بان الطفل المضطرب انفعاليا هو الذي يتعرض للفشل بشكل كبير في حياته بدلا من النجاح. (مصطفى القمش، واخرون، 2006، ص 17).

✓ تعريف جروبورد (1973): الاضطرابات الانفعالية هي تشكيلة من السلوكيات المنحرفة و المتطرفة بشكل ملحوظ ، وتكرر باستمرار (مزمنة)، وتخالف توقعات الملاحظ ، وتتمثل في الاندفاع والعدوان ، والاكتئاب والانسحاب .

✓ تعريف نيوكممر (1988): الاضطراب الانفعالي هو الانحراف الواضح والملحوظ في مشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه وحول بيئته ، ويستدل على وجود الاضطراب الانفعالي عندما يتصرف الفرد تصرفا يؤدي فيه نفسه و الاخرين ، وفي هذه الحالة نقول ان هذا الفرد في حالة من الاضطراب الانفعالي.

✓ **تعريف الجبوري (1996):** للاضطراب السلوكي: هو نمط من الافكار والانفعالات السلوكية التي تتصف بالابتعاد عن السلوك المقبول ، وعدم وجود مبرر له ، ويصاحب بسوء تكيف ويسبب ضيقا وتوترا للفرد ، ويتحدد الاضطراب بعدد تكرار السلوك ، وله القدرة على تغيير اتجاهات الافراد حول اوجه الحياة المختلفة ويقاوم التغيير . (عبد الرزاق ياسين، 2009، ص 611).

③ التعريفات ذات المنحى التربوي:

✓ **تعريف وودي Wood (1969):** يرى ان الاطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا بانهم غير قادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المهددة للسلوك المقبول مما يؤدي إلى التراجع في مستواهم الدراسي ، والتأثير على علاقاتهم الشخصية مع المعلمين والزملاء في الصف ، كما أنهم يعانون من مشكلات تتعلق بالصراعات النفسية وكذلك التعلم الاجتماعي . (ياسر اسماعيل، 2009، ص 12).

✓ **تعريف هويت وفورنس (1974):** الطفل المضطرب سلوكيا هو الطفل غير المنتبه في الفصل (الصف) ، منسحب ، غير منسجم ، وغير مطيع لدرجة تجعله يفشل باستمرار في تحقيق توقعات المدرس والمدرسة .

✓ **تعريف "بور" Bower (1978/1968)** من التعريفات الاكثر قبولا للاضطرابات السلوكية والانفعالية والذي حصل على دعم كبير ، وادخل في قانون تعليم الافراد المعوقين ، ويستخدم مصطلح الاعاقة الانفعالية في وصف هؤلاء الاطفال ، ويعني المصطلح وجود صفة او اكثر من الصفات التالية لمدة طويلة .: (مصطفى القمش، وآخرون، 2006، ص 18).

☞ عدم القدرة على التعلم ، والتي لا تعود لعدم الكفاية في القدرات العقلية او الحسية او العصبية او الجوانب الصحية العامة .

☞ عدم القدرة على اقامة علاقات شخصية مع الاقران والمعلمين والاحتفاظ بها .

☞ ظهور السلوكيات والمشاعر غير الناضجة وغير الملائمة ضمن الظروف و الاحوال العادية .

☞ مزاج عام او شعور عام بعدم السعادة والاكتئاب .

⇒ ميل لظهور اعراض جسمية مثل :المشكلات الكلامية ، و الام في الجسم ،ومخاوف مرتبطة بمشاكل شخصية ومدرسية.

على الرغم من الاختلافات بين التعريفات الا انها تتفق على ان الاضطرابات السلوكية والانفعالية تشير الى ان :

_ الفرق بين السواء و اللاسواء هو فرق في الدرجة لا فرق في النوع.

_ المشكلة مزمنة وليست مؤقتة

_ السلوك يعتبر مضطربا وغير مقبول وفقا للتوقعات الاجتماعية والثقافية.

3_ تاريخ الاهتمام بالمضطربين سلوكيا وانفعاليا:

لقد تم التعرف على الاضطرابات السلوكية والانفعالية عبر التاريخ ، ومع ذلك فقد اختلف هؤلاء حول تحديد الاسباب ، واعتقد البعض ان بهم مسا من الشيطان ، او انهم اقدموا على سلوكيات خاطئة ، واعتقدت المجتمعات ان هذه السلوكيات معدية وعكست طريق علاج هذه المعتقدات التي تضمنت العقاب الشديد والحبس والضرب والتقييد بالسلاسل .الخ(خولة يحي ،2000، ص 20).

لقد انشئت اول مؤسسة للعناية بهم في لندن عام 1574، وكانت تعرف رسميا باسم القديسة مريم من بيت لحم ، واصبح يدعى (Bedlam) وبدل هذا المصطلح الان على المكان ذي الصوت العالي ، حيث تم تقييد الافراد وضربهم وتجويعهم ، واعتبرت زيارة المؤسسة من الوسائل الترفيهية للعائلة والاطفال ، وبدأ التغيير في القرن الثامن عشر بفضل الطبيب النفسي (Philippe Pinel) ، وقد امر عام 1792 بالتغيير الانساني ، حيث منع تقييد المرضى النفسيين في مصح في باريس ، وهياً لهم اقامة صحية ممتعة (عطوف يسين ،1986، ص33).

وظهر التطور في الولايات المتحدة الامريكية في تشخيص الاطفال والبالغين ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية سنة 1800 ، وعلاجهم ، حيث اعتبر بينجامين (ابو الطب النفسي الامريكي) اذ انه اقترح طرقا اكثر انسانية في علاج هؤلاء المرضى ، وفي القرن التاسع عشر عمل "ساميول هيوبي"(Samuel Howe) في انشاء مؤسسات حكومية للعناية بالمرضى العقلين في عدد من

الولايات ، وفي عام 1844 تم انشاء هيئة الاطباء المشرفين على المؤسسات الامريكية للمرضى العقلين التي تدعى الان جمعية الاطباء النفسيين الامريكيين ، ومع الايام فقد الامل الذي انشئت من اجله هذه المؤسسات واصبحت فقط لحماية هؤلاء الافراد، وفي نهاية سنة 1800 ظهرت في المدارس الصفوف التي تعنتي بالاطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، وقبل ذلك لم يحصل الاطفال على اية خدمات (خولة يحي ، 2000، ص 21).

وفي عام 1871 فتح صف للطلاب المشاغبين في كانتيكى ، وفي عام 1909 انشأ "وليام هيلي" (William Hely) مؤسسة للعناية بالاطفال الاحداث المرضى النفسيين في شيكاغو وقد اجرى "اوجستا و برونر" (Augusta and Bronner) دراسات مهمة حول انتهاكات الاحداث.

وساهمت نظرية "فرويد" (1856-1939) في التأثير على على تعليم وعلاج الاطفال ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، وفي القرن العشرين ايقن المختصون بأن الاطفال بحاجة الى برامج ومعلمين وطرق تدريس خاصة ، قادت "لوريتا بندر" (Lauretta Bender) الى التطور في الخدمات التربوية المقدمة لهم .

بدأ بعدها "برونو بيتلهيم" (Bruno Bettelheim) عمله مع الاطفال المعوقين انفعاليا اعاقه شديدة عام 1944، في جامعة شيكاغو، واسمر في استعمال فلسفته حول (البيئة العلاجية) .وبين (1944-1950) بدأت في الظهور مراكز اقامة للعناية بالأطفال المتعيبين (ذوي المشكلات السلوكية).وفي عام 1947 صدر كتاب بعنوان طبيعة مرض وتعليم الاطفال ذوي اصابات الدماغ "لستراس وليتتين" (Strass and Lehtin) قدما فيه طريقة لتنظيم تعليم الاطفال ذوي الاضطرابات السلوكية.

ثم ظهرت عدة كتب ونشرات جديدة ما بين (1960_1970) ، كما توفرت نتائج الابحاث حول تعليم هؤلاء الاطفال ، وطور "وليام كروكشانك" (William Cruichshank) ورفاقه خطوات عمل محددة داخل الغرف الصفية ، وفي عام 1962 نشر كتاب "لفليس وهارينج" (L.Phillips and N.Haring) حول تعليم الاطفال المضطربين سلوكيا والمعاقين انفعاليا مؤكدا على مبادئ

السلوكات البيئية المنظمة والتفاعل بين الطفل والبيئة والمدرسة والبيت(خولة يحي ،2000، ص 22).

وطور "إيلي بور" (Eli Bower) (1962) تعريف الاضطرابات السلوكية، والذي لا يزال يستعمل الى حد الان ، وقام "نيكولاس هوبز" (Nicholas Hobbs) في عام 1960 باستلام مشروع طور فيه مفهوم البيئة و أكد ان على الاطفال العيش في بيئة كاملة ، اما "فرانك هيوت" (Frank Hewett) فقد طور وقدم نموذجا لغرفة الصف بحيث يساعد في تطبيق نظريات السلوك.

كما قدم "رودس وتريسي" (Rhodes and Tracy 1972) اعمالا حول نماذج لمفاهيم تعليم الاطفال المضطربين ، وقد ساهمت اعمالهم في توضيح الاراء والممارسات المختلفة التي كانت موجودة في ذلك المجال ، واستمر التطور في تعليم الاطفال ، ولكن لا تزال هناك حاجة الى تعريف اكثر دقة وعلى التربية الخاصة ايجاد حل حول ملابسات حول سوء التكيف الاجتماعي ، وحول قلة عدد الطلبة الذين يتلقون خدمات التعليم ، ان استمرار التطور في التعليم وعلم النفس والطب والتكنولوجيا سيباعد كثيرا الاطفال من الاستفادة من التعليم والعيش بشكل مناسب .

4_ نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

تشير الاحصائيات الى ان تلك التقديرات تتراوح ما بين 1_15 بالمئة الا ان النسبة المعتمدة في معظم الدول هي 2 بالمئة ، وفي ما يتعلق بنسبة توزيع الاضطرابات السلوكية حسب متغير الشدة فالغالبية العظمى من الحالات هي من النوع البسيط او المتوسط في حين ان حالات قليلة جدا هي من الشديدة او الشديدة جدا ، اما من حيث متغير الجنس والعمر فالدراسات تشير الى ان الاضطرابات الانفعالية اكثر شيوعا لدى الذكور حيث انها اكثر بضعفين الى خمسة اضعاف منها لدى الاناث ، وفيما يتعلق بعامل الزمن فالاضطرابات الانفعالية قليلة الحدوث نسبيا في مرحلة الابتدائية، وترتفع بشكل ملحوظ في مرحلة المراهقة وتعود فتتخفف بعد ذلك.(اسامة مصطفى، 2011، ص 43).

المحاضرة الثانية : محكات تحديد الاضطرابات السلوكية والانفعالية وتصنيفها

1_ محكات تحديد الاضطرابات السلوكية والانفعالية :

لتحديد السلوك السوي والسلوك المضطرب او الشاذ يعتمد الكثير من العلماء الى محكات ومعايير من اجل الحكم على سلوك ما انه في خانة السواء او الاضطراب بصفة عامة اهم هذه المعايير او المحكات المتفق عليها بينهم هي:

☞ _ المعيار المثالي:

يتم النظر الى الصحة النفسية من خلال هذا المعيار على اساس انها هدف مثالي يسعى الجميع الى تحقيقه، لكنه صعب المنال ، فكل فرد يعمل على تحقيقه بشكل نسبي فقد يقترب البعض منه الى حد كبير، في حين قد يعجز البعض الاخر الوصول اليها، فوفق هذا المعيار فاننا نطلق على الشخص بأنه سوي كلما اتفق سلوكه مع المثل الاعلى ،ونطلق على الشخص بأنه شاذ كلما كان سلوكه غير متوافق وبعيدا عن المثل الاعلى.

الا ان اهم ما يؤخذ على هذا المعيار ان الشيء المثالي امر لا وجود له في الثقافة التي يعيش فيها الفرد ، ويعتبر هذا المعيار تطرفا في تحديد السواء ، ومن الناحية العلمية نجد ان الاخذ بهذا المعيار يحيل افراد الثقافة الى افراد غير اسوياء (ناجية دايلي، 2018، ص 180).

☞ _ المعيار الاحصائي :

يعتمد المعيار الاحصائي على درجة تكرار السلوك وشيوعه بين الناس او بين افراد الجماعة، فالسلوك الذي يصدر عن الاغلبية في اطار الجماعة ، يعتبر سلوك سوي ، اما السلوك الذي يصدر عن اقلية في اطار هذه الجماعة فهو غير سوي.

تقوم فكرة المعيار الاحصائي على اساس قيمة القياس النفسي ، وهو اننا اذا قمنا بقياس صفة لدى مجموعة من الافراد سواء كانت هذه الصفة جسمية او عقلية او انفعالية، ورسمنا العلاقة بين درجات توزيع هذه الصفة ، وعدد الافراد الذين يمتلكونها في المجموعة لوجدنا ان الدرجات تمثل الى توزيع معين يطلق عليه المنحى الاعتدالي ،ويستمد هذا الاساس الاحصائي من فكرة التوزيع

الطبيعي الذي تذهب فيه الى ان الطبيعة تميل بصورة عامة الى الاعتدال والتوسط فيما تتطوي عليه من الحوادث ومظاهرها الكمية، وتقع اكثر الحالات عادة حول المتوسط ، بينما لا يقع في حقل التطرف الا القليل منها. (نديرة اغمين ، 2017 ، ص 704).

☞ _ المعيار الذاتي :

من المؤلف ان يصدر الفرد الحكم على سلوكه بالسوية او الشذوذ بالرجوع الى ذاته باعتباره الاطار المرجعي لهذا الحكم ، ويشتمل هذا المعيار على الاطار الاجتماعي ، استنادا الى التطبيع الاجتماعي اثناء نمو الفرد وسط الجماعة وقيامها بتنشئته اجتماعيا ، ولكن الرجوع الى الذات يتعرض للتحريف والتشويه ، نظرا لاحتمال تدخل الاحكام المسبقة او التشويهات الدفاعية ، فمن الصعب ان يتعرف الفرد على دوافعه وحاجاته بشكل يمكنه من استبعاد اثارها. (محمود عكاشة ، ص18).

☞ _ المعيار الاجتماعي :

يعد المجتمع هنا معيارا للحكم على السلوك السوي واللاسوي بناء على القيم الاجتماعية والثقافية والدينية الموجودة في المجتمع ، ويعتمد ايضا هذا المفهوم على مجارات او مسايرة الافراد الاخرين ، او الميل الى مسايرتهم، الا ان هذا المعيار لا يصلح لكل المجتمعات ، ويختلف من زمان لآخر ، فزواج الاخوة عند الفراعنة كان مشروعاً في حين كان في المجتمعات المتزامنة معه امراً مرفوضاً، واعتبرت جمعية الطب النفسي الامريكية اللواط انحرافاً في تصنيفات للانحرافات النفسية DSM2 الذي صدر سنة 1968، ثم حذفته في المراجعة التالية DSM3 التي صدرت سنة 1980، و DSM4 الذي صدر في سنة 2003 (بلقيس جباري، 2008، ص17).

حسب هذا المعيار يعد الشخص غير سوياً اذا كان يسلك سلوكاً يناقض ثقافة المجتمع الذي ينتمي اليه (اسما بوعود ، 2014 ، ص11).

٣٥_ المعيار الثقافي :

توجد في كل ثقافة من الثقافات مجموعة من التقاليد والعادات والقيم والمعايير السائدة التي يتم من خلالها تقييم سلوك الأفراد، أي أن هذه المجموعة من القيم والعادات " مقياسا " أقامته الجماعة يقاس عليه سلوك كل فرد ليحاسب إذا خرج عليها ويكافأ إذا دخل سلوكه في نطاق ما هو مرغوب من تصرفات أقرتها الثقافة التي يعيش فيها .

وتختلف تلك المجموعة من القيم والعادات من ثقافة لأخرى ونتيجة لهذا الاختلاف فإن "المقياس" الذي يقاس علي أساسه انحراف سلوك الافراد أو تطابقه مع تلك المعايير والقيم يختلف من ثقافة لأخرى ايضا.

وفي الثقافة الواحدة نجد أن المعايير والقيم السائدة فيها تتغير من وقت لآخر نتيجة لعوامل التغير والتطور فما كان يعتبر "شاذاً" في يوم من الأيام بأحد الثقافات يعتبر اليوم "سواء" فالسفر وخروج المرأة لمجال العمل بل واشتراكها في الحياة السياسية اعتبر في أواخر القرن الماضي وأوائل القرن الحالي سلوكاً شاذاً لكن خروج المرأة وسفورها أصبح اليوم سلوكاً مرغوباً فيه وسوي.

وهكذا نجد أن حتي في الثقافة الواحدة لا يمكن أن توجد مقاييس ، ثابتة دائمة علي مر الزمان وذلك لأن هذه المقاييس تخضع للتطور وللتغير. (ابو النيل ، 2014، ص 35).

ومن المعايير التي يمكن اللجوء اليها في تحديد الاضطرابات السلوكية والانفعالية عند الطفل والمراهق مايلي:

٣٦_ التكرار:

هو مدى تكرار السلوك نفسه. فالسلوك الذي يظهر مرة واحدة فقط، أو مرات قليلة متباعدة، لا يمكن اعتباره سلوكا غير سوي، إلا إذا كان هذا السلوك يلحق أذى شديدا بالآخرين. (بمعنى عدد المرات التي يحدث فيها السلوك في فترة زمنية معينة) . (لوي زغلول، 2007، ص 16).

فعندما يكذب الطفل مرة لينفذ نفسه من حرج معين مثلا مرة واحدة، لا يجيز لنا إطلاق صفة الطفل الكاذب عليه، ولكن إذا تكرر هذا السلوك أكثر من مرة وفي مناسبات مختلفة، فسيكون هذا السلوك غير سوي.

✓ **شدة السلوك:** يعد السلوك مضطرب إذا كانت شدته غير عادية فالسلوك قد يكون قويا جدا أو قد يكون ضعيفا جدا مثل: أطفال يتحدثون بصوت غير مسموع أحيانا وأطفال لا يتحدثون بصوت مسموع أبدا.

✓ **علاقة الاضطراب بعدد من المتغيرات الديمغرافية:**

☞ **_ السن:**

قد يبدو سلوك طفل ما في مرحلة معينة من عمره غير سوي، ولكن إذا ما ظهر نفس السلوك في مرحلة أخرى، فقد يكون سويا. فحين يبكي طفل في عمر الثالثة مثلا، بسبب عدم حصوله على قطعة حلوى، فإننا نعتبر ذلك طبيعيا، أما حين يصدر السلوك نفسه عن طفل في سن الخامسة عشرة، فهذا سلوك غير سوي. وحين يخاف الطفل الذي يلتحق بالروضة لأول مرة، ويبكي أو يحاول الهرب أو يلتصق بأمه ولا يتركها...، فهذا يعد سلوكا سويا، أما إذا ما صدر عن طفل في المرحلة الإعدادية مثلا، فإننا نعد هذا السلوك غير سوي. (سامر جميل رضوان، 2018)

☞ **_ الموقف الذي يظهر فيه السلوك:**

يعتبر الموقف، أو الإطار، الذي يظهر فيه السلوك محددًا هامًا من محددات السلوك السوي أو غير السوي، فالسلوك الذي قد يبدو لنا مستهجنًا قد لا يكون كذلك إذا ما حللنا الموقف الذي ظهر فيه ذلك السلوك، وقد يعتبر ردة فعل عادية على موقف وجد الطفل فيه نفسه. فعندما يرفض طفل في العاشرة من عمره مثلا إعطاء قطعة حلوى لطفل آخر، فقد يبدو هذا السلوك أنانيا للوهلة الأولى، ولكن إذا ما حللنا الموقف وأدركنا لماذا يرفض الطفل، فقد نجد سلوكه عاديا، نابعا من كون زميله يملك قطعة أخرى، أو أن الطفل نفسه جائع، أو أن الطفل الآخر قد رفض سابقا إعطائه شيئا ما ولا يزال يتذكر ذلك الرفض. وقد يكون عدوان طفل على طفل آخر نتيجة أو ردة

فعل على إثارة الثاني للأول بشكل مباشر أو غير مباشر، إذا ما قد يبدو في لحظة معينة سلوكا مضطربا قد يكون في لحظة أخرى سلوكا سويا.

✓_ انحراف السلوك عن المعايير المقبولة اجتماعيا وثقافيا:

ان الطفل الذي ينشأ ويتربى في مجتمع معين او ثقافة معينة يشب وهو متمثل لقيم هذا المجتمع وتقاليدته ، وانماط السلوك السائدة فيه ، غير ان بعض الاطفال والمراهقين قد لا يفعلون ذلك ، ومن هنا كان يعرف ان الشخص السوي هو المتوافق مع معايير المجتمع ، اما الشخص المضطرب سلوكيا هو الذي لا يتوافق مع معايير المجتمع ، وقد ادت الدراسات التي قام بها علماء الاجتماع و الانثربولوجيا الى سيادة نظرية تعرف باسم النظرية الثقافية وتقوم على ما يأتي (اسامة مصطفى، 2011، 44):

_ان بعض انواع السلوك قد تعتبر شاذة في مجتمع او ثقافة معينة ، الا انها تعتبر عادية في ثقافة اخرى والعكس.

_ ان هناك انواعا من الشذوذ او الاضطراب قد توجد في ثقافة معينة ، بينما لا توجد في ثقافة اخرى ، ومع ذلك فهناك انواع من الشذوذ او الاضطرابات التي تعد كذلك في كل الثقافات مهما تباينت .

✓ علاقة الاضطراب بالفروق الفردية:

بمعنى اختلاف طفل عن طفل اخر في بعض الصفات والخصائص ، وهو احد المحكات التي ينبغي اخذها بعين الاعتبار عند النظر الى الاضطرابات السلوكية.

✓_ الاستغراب:

المقصود بالاستغراب هو أن يكون السلوك ملفتا للنظر. ومتى ما كان السلوك ملفتا للنظر فيمكن اعتباره مضطربا إلى حد ما، سواء كان السلوك مزعجا أو لطيفا ، إذ يمكن لطفل هادئ (سهل العناية) أن يكون مضطربا سلوكيا، تماما مثل طفل صاخب، وأن يكون خلف الهدوء الشديد أحيانا حزن عميق أو اكتئاب. (سامر جميل رضوان، 2018).

2_ تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

ان الهدف من عملية تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية هو المساعدة في تنظيم المعلومات التي من شأنها ان تساهم في وصف الظاهرة وتحديد ابعادها مما يؤدي الى امكانية تقديم الخدمات الارشادية والعلاجية المناسبة للطفل الذي يعاني من الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

وانطلاقا من ذلك ، تواجه عملية تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية العديد من الصعوبات التي يجب اخذها في الاعتبار وتتمثل في : (اسامة مصطفى، 2011، ص 45).

_ افتقار الانظمة المتبعة في التصنيف لعوامل الصدق والثبات

_ الاعتبارات القانونية والاخلاقية عند تناول هذه الاضطرابات

_ اختلاف انظمة التصنيف المتبعة في تصنيف الاضطرابات السلوكية لدى الاطفال عنها لدى المراهقين

_ اسباب المنشأ المرضي لهذه الاضطرابات

وسوف نعرض عدد من التصنيفات للاضطرابات السلوكية والانفعالية منها على سبيل المثال:

1_2_1_ التصنيف الطبي:

اعتمدت معظم التصنيفات القديمة للاضطرابات السلوكية على الاساس الطبي ، حيث صنفنا الاضطرابات السلوكية الى ثلاث فئات: (اسامة مصطفى ، 2011، ص50).

* التصنيف على اساس الامراض ، ويتضمن هذا التصنيف جميع الاضطرابات السلوكية طبقا لاسبابها المرضية الشائعة والمعروفة.

* التصنيف على اساس الاستجابة للعلاج

* التصنيف على اساس الاعراض

2_2_2_7_ تصنيف منظمة الصحة العالمية:

والذي يطلق عليه اختصار (ICD) international classification disease وهذا التصنيف قد تم وضعه عام 1946، وتمت مراجعته اكثر من مرة حتى وصل اخيرا الى المراجعة العاشرة سنة 1992، وتم تصنيف الفئات المرضية التي تندرج كمثال ضمن الاضطرابات السلوكية في الفئات التالية: (محمد غانم، 2006، ص ص 20،21).

_ اضطرابات الشخصية والسلوك الناجمة عن مرض او اصابة او خلل وظيفي في المخ

_ الاضطرابات العقلية والسلوكية الناجمة عن استخدام مواد نفسية فعالة

_ اضطرابات الشخصية والسلوك الناجم عن تعاطي الكحول

_ اضطرابات عقلية او سلوكية اخرى مترتبة على تعاطي كحول او عقاقير

_ اضطرابات عقلية او سلوكية غير محددة مترتبة على تعاطي كحول او عقاقير

_ اضطراب التوافق مع خلل مختلط في المشاعر والسلوك

_ اضطراب في التوافق مع خلل اساسي في السلوك

_ الزمات السلوكية المصحوبة بخلل وظيفي وعوامل بدنية

_ الاضطرابات العقلية او السلوكية المصاحبة للنفاس غير المصنفة في مكان اخر

_ عوامل نفسية او سلوكية مصاحبة لاضطرابات او امراض مصنفة في مكان اخر

_ زمات سلوكية واضطرابات عقلية مصاحبة بخلل وظيفي فسيولوجي غير محدد

_ اضطرابات الشخصية والمسلك للراشدين

_ اضطرابات نفسية سلوكية مصاحبة للارتقاء والتوجه الجنسي

_ اضطرابات اخرى في شخصية وسلوك الراشدين

_اضطرابات شخصية وسلوك الراشدين غير محدد

_المسلك السلوكي المصاحب للتأخر العقلي

_اضطرابات النماء

_ اضطرابات سلوكية وانفعالية تبدأ عادة في مرحلة الطفولة والمراهقة

_ اضطراب سوء المسلك او الجناح

_الاضطرابات المختلطة في المسلك والانفعالات

_ اضطرابات في اللوازم

_اضطرابات سلوكية وانفعالية اخرى غالبا ماتظهر ابان فترة الطفولة او في مرحلة المراهقة

2٧_3 تصنيف جمعية علم النفس الامريكية:

لقد ورد في الدليل التشخيصي والاحصائي للامراض النفسية ، تصنيف الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الاطفال والمراهقين ، اعتمادا على طبيعة الاعراض المرتبطة بها ، ونوعية الخدمات والبرامج العلاجية المناسبة لكل منها ويشتمل هذا التصنيف على شريحة واسعة من الاضطرابات السلوكية والانفعالية:(اسامة مصطفى، 2011، ص،ص،46،47)

_ اضطرابات التكيف _ اضطراب القلق _ اضطراب السلوك القهري الاستحواذي

_ الصمت(الخرس الاختياري) _ الاضطرابات السلوكية _ اضطرابات سوء التصرف

_ الاضطرابات التورتية(Tourtte s Disorders)

_ اضطرابات مابعد التعرض لحادث او صدمة

_ اضطراب النشاط الزائد ونقص الانتباه

_ اضطرابات فقدان الشهية

_ اضطرابات الشراهة

_ اضطرابات ثنائية القطب _ الهوس الاكتئابي

_ اضطرابات الاكتئاب

_ اضطرابات التوحد

_ الاضطرابات الشيزوفرنية

✓ 2_4 التصنيف السلوكي :

يصنف الاضطرابات السلوكية والانفعالية الى عدة فئات : (خالد الفخراي، 2015 ، ص ص ،
(96،97)

_ اضطرابات التصرف : مثل السلوك العدواني ، والسرقه والكذب

_ اضطرابات القلق الانسحابية : مثل القلق الزائد، والحياء والاكتئاب والحزن والانطواء

_ اضطرابات عدم النضج : مثل عدم القدرة على التركيز لفترة زمنية كافية، وعدم القدرة على

التنسيق او التحمل والصبر مثل الكسل والاهمال والخمول وعدم الاستقلالية

_ العدوان الاجتماعي ، وينتج عن مرافقة اصدقاء السوء كالسرقه الجماعية

وبالنظر الى هذه الفئات نجد ان التصنيف السلوكي يعطينا مجموعتين من السلوك للاضطرابات
السلوكية والانفعالية:

*سلوك موجه للخارج يتمثل في اضطرابات التصرف والعدوان الاجتماعي

*سلوك موجه للذات يتمثل في اضطرابات القلق الانسحابية واضطرابات عدم النضج.

5_2٧ التصنيف التربوي:

يهتم هذا التصنيف بالاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تحدث في البيئة المدرسية وتتبعس اثارها على عمليات التعلم والتفاعل الاجتماعي فهو يهتم بالمسائل الاكاديمية وبنوعية الخدمات والبرامج التربوية التي على اساسها يتم تصنيف مثل هذه الاضطرابات حيث يصنفها في اربعة فئات وهي: (اسامة مصطفى ، 2011، ص50).

*الاضطرابات السلوكية

*الاضطرابات المتعلقة بالتعلم

*الاضطرابات الانفعالية الشديدة

*اضطرابات الاتصال والتواصل.

المحاضرة الثالثة : اسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية

بالرغم من ان البعض يرجع اسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية الى مجموعة من الاسباب البيولوجية والبيئية والنفسية والاسرية لدرجة اننا لا نستطيع تحديد سبب واحد مؤكد للاضطرابات السلوكية والانفعالية ، الا اننا مع ذلك نحدد اهمها:

1_ العوامل البيولوجية:

يتأثر السلوك بالعوامل الجينية و العوامل العصبية و كذلك البيولوجية: أو بتلك العوامل مجتمعة، و من غير شك فإن هناك علاقة دقيقة بين جسم الإنسان وسلوكه، فكثير من الأطفال العاديين و غير المضطربين لديهم عيوب بيولوجية خطيرة، أما الأطفال من ذوي الاضطرابات البسيطة و المتوسطة فليس هناك ما يثبت وجود عوامل بيولوجية محددة مسئولة عن مثل هذه الاضطرابات، وأما بالنسبة لذوي الاضطرابات الشديدة جداً، فإن هناك أسباباً و عوامل بيولوجية لها مسئولية مباشرة، ويمكن القول أن جميع الأطفال يولدون و لديهم محددات بيولوجية لسلوكهم و أمزجتهم. (علاء جمال الربيعي، 2011، ص 16).

ومثل هذه الاستعدادات تبقى كامنة وعندما يتعرض الفرد لمواقف تتمثل في الازمات الاجتماعية والعاطفية، والصدمات والخبرات المؤلمة والقسوة والتهديد والحرمان ، فتعمل هذه الاسباب على تنشيط الاستعداد لديه، وتوضح الدلائل ان للاكتئاب والقلق وبعض الاضطرابات السلوكية والانفعالية استعدادات جينية موروثية في حين ان بعضها الاخر لها اصول عصبية.

2_ العوامل النفسية:

تتمثل هذه العوامل في الاحداث الحياتية التي تؤثر على سلوك الطفل ، وهذه الاحداث ترتبط بحياة الطفل في الاسرة مثل عدم اشباع حاجاته وتقديم الحب والحنان له ، واستعمال اساليب الازمات والتجاهل والتهديد والعقاب والقسوة في تدريبه ورعايته وغيرها من اساليب الرعاية السلبية ، قد تتسبب في الاضطرابات السلوكية والانفعالية لديه مثل العدوانية ، فقدان الثقة بالنفس ، وتدني

مستوى مفهوم الذات ، واضطرابات النطق والكلام ..الخ. (اسامة فاروق مصطفى، 2011، ص53).

3 عوامل العائلة او الاسرة:

يعزي اخصائيو الصحة النفسية اسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية في المقام الاول الى علاقة الطفل بوالديه، حيث ان الاسرة ذات اثر كبير على التطور النمائي المبكر للطفل فقد اشارت "بيتلهم" (BETLHIEM1967) الى ان معظم الاضطرابات السلوكية والانفعالية ترجع اصلا الى التفاعل السلبي بين الطفل وامه.

للعائلة دور مهم في التطور الصحي ،وقد تحدث اضطرابات سلوكية وانفعالية عند اي اسرة ولا يعني هذا بالضرورة ان الاسرة قد تسببت في حدوث الاضطرابات ، وبالرغم من ذلك فان العلاقات والتفاعلات غير الصحية قد تسبب اضطرابات عند البعض من الاطفال كما انها قد تزيد من حدة المشكلة الموجودة، ومن الامثلة على التفاعلات غير الصحية ضرب الاطفال، والحاق الاذى بهم ، واهمالهم ، وعدم مراقبتهم،وعقابهم،وانخفاض عدد التفاعلات الايجابية، وارتفاع نسبة التفاعلات السلبية ، وعدم الانتباه والاهتمام، ووجود نماذج سيئة من قبل البالغين. (انجايشري حفيظة، 2015، ص 29).

4 العوامل المدرسية:

قد يساهم المعلمون في بعض الاحيان في حدوث السلوكات المضطربة او يزيدون من حدتها عند بعض الطلبة ، فعندما لا يراعي المعلم الفروق الفردية بين الطلاب فان ذلك يؤدي الى ظهور استجابات عدوانية محبطة نحو المعلم او البيئة الصفية والمدرسية ، وقد يلجأ بعض الطلاب الى القيام بالسلوكيات المضطربة لتغطية مشاكل اخرى، مثل صعوبات التعلم ، كما توجد عوامل مدرسية اخرى تساهم في ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى التلاميذ منها: استخدام الشدة مع التلاميذ ، الرتابة والروتين اليومي الممل،عدم المرونة في التدريس، التعزيز الخاطئ لبعض

السلوكات ، النموذج او القدوة السيئة من قبل الزملاء والمعلمين انفسهم، عدم الثبات في المعاملة من قبل الادارة والمعلمين... الخ (تيسير مفلح كوالحة، واخرون، 2010، ص 145).

5 مجال المجتمع:

قد يسبب المجتمع او يساعد على ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وهنا تجدر الاشارة الى الفقر الشديد الذي يعيش فيه بعض الاطفال وحالات سوء التغذية، والعائلات المفككة والحي العنيف (مسفر بن عقاب بن مسفر العتيبي، 2018، ص 82).

كل ماسبق يمكن ان يؤدي او يساعد على ظهور الاضطرابات عند التعرض لأي ضغوطات مثل : تمزق العائلة والوفاة والمرض والعنف ، ولكن توجد حالات من الاطفال عاشوا في صغرهم ظروفًا صعبة ، وعندما كبروا اصبحوا بالغين اصحاء، مما يؤكد ان الظروف الصعبة لا تقود دائما الى اضطرابات سلوكية وانفعالية ، بينما يصبح الاطفال الاخرون حساسين جدا لمشاكل الحياة، وتظهر عليهم الاضطرابات ، وتختلف من فرد لآخر، وكل طفل هو شخص مميز بذاته ، ولا توجد علاقة سببية واضحة لتفسير لماذا يطور فرد معين سلوكا مضطربا في زمن معين ، ولا يطور فرد اخر سلوكا مضطربا في نفس الزمن.

المحاضرة الرابعة: خصائص المضطربين سلوكيا وانفعاليا

يمكن تحديد ثلاث انواع من الفئات او الخصائص التي يتميز بها الاطفال المضطربين وهي:

1_ الخصائص الانفعالية والاجتماعية: من اكثر الصفات شيوعا من الناحية الاجتماعية

والانفعالية: العدوانية، الانسحاب الاجتماعي، وعدم النضج الانفعالي.

***العدوانية:** السلوك العدواني والتخريبي من اكثر الخصائص النفسية للاطفال المضطربين سلوكيا

شيوعا، فعلى الرغم من استجابات العنف والعدوان تنبثق كوسائل لحل المشكلات في المراحل

العمرية المبكرة لدى جميع الاطفال، الا انها تحدث بشكل مبالغ فيه لدى الاطفال المضطربين

سلوكيا (بطرس حافظ بطرس ،ص18).

***السلوك الانسحابي:** هو فشل الاطفال في اجراء اي تفاعل اجتماعي وشعورهم بالافتقار الى

القدرة على منافسة اقرانهم بسبب تكرار فشلهم الاكاديمي ، وقد يتجه البعض من هؤلاء

الاطفال_ذوي صعوبات التعلم_ الى الوحدة والعزلة الاجتماعية، وقد يؤدي هذا الى عدم القدرة على

التفاعل ايجابيا مع اقرانه او مع الكبار ممن يتعاملون معه ، ان التأثيرات السلبية للانسحاب

الاجتماعي وعدم النضج لا تقل عن تأثيرات السلوك العدواني والانماط السلوكية غير التكيفية

الاخري، ويتفاعل بشكل قليل جدا مع الاقران

***عدم النضج الانفعالي:** ونعني بها ما يصدر عن الافراد المضطربين من مواقف انفعالية

لا تتناسب مع طبيعة الموقف الانفعالي مقارنة باقرانهم في نفس العمر الزمني مثل : الضحك ،

اللامبالاة... الخ.

2_ الخصائص العقلية والاكاديمية:

***الذكاء:** خلافا للاعتقاد الخاطئ السائد من الاطفال الذين يظهرون اضطرابات في السلوك

الذكاء، ان معظمهم يحصلون على معاملات ذكاء اقل من المتوسط، مقارنة باقرانهم غير

المضطربين، فمتوسط ذكائهم لا يزيد عن 90 وان الكثير منهم يقع ذكائهم في حدود بطئ التعلم او

التخلف العقلي البسيط، كما ان الكثير من المضطربين بدرجة شديدة من الصعب حت تطبيق

اختبارات الذكاء عليهم، ومتوسط من يمكن تطبيق الاختبار عليه لا تزيد عن 50 درجة، وهناك حالات نادرة من هؤلاء من يحصلون على معاملات ذكاء عالية، وربما يعود الى ان الاضطراب يؤثر على توفير الفرص المناسبة لهم لتعلم المهمات التي تتضمنها اختبارات الذكاء. (خالد ابراهيم الفخراني، 2015، ص126).

* **التحصيل:** ان معظم الاشخاص المضطربين تحصيلهم الاكاديمي في المدرسة منخفضا مقاسا باختبارات التحصيل المدرسية الرسمية وغير الرسمية ، ان الكثير من الاطفال الذين يعانون من الاضطرابات الشديدة يفتقرون حتى للمهارات الاكاديمية الاساسية التي تشمل القراءة والكتاب والحساب ، والقليل منهم من الذين يملكون مثل هذه المهارات لا يستطيعون تطبيقها والتعامل معها في الحياة اليومية.

3 خصائص خاصة بالاطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا: ونذكر منها مايلي:

* **العجز في مهارات الحياة اليومية:** يفشل هؤلاء في القيام بأبسط مهارات العناية بالذات ، فمنهم من يكون غير قادر على ارتداء ملابسه، واطعام ذاته.(اسامة فاروق مصطفى ، 2011، ص55).

* **تدني احترام الذات :** فهم ينظرون الى ذواتهم نظرة سلبية ، وانها غير ذات قيمة ، مما ينعكس في مستوى احترامهم لانفسهم.

* **اضطرابات الادراك:** يصعب اخضاع معظم الاطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا بشكل شديد الى الاختبارات، والذين نستطيع تطبيق اختبارات ذكاء وتحصيل عليهم، يحصلون على درجة منخفضة جدا.

* **غير متعاطف وجدانيا :** نجدهم غير مرتبطين بالآخرين ، فلا توجد هناك عاطفة او دفاء متبادل

* **اضطرابات اللغة والكلام:** معظم الاطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا بدرجة شديدة لا يتكلمون ابدا او يظهرون عدم فهم اللغة او تشويه الكلام اما بالاضافة او الحذف او الابدال او الحبسة الكلامية او ترديد الكلام وما الى ذلك.

* السلوك النمطي: من الشائع لدى الاطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا السلوك النمطي او المتكرر بدرجة شديدة مثل ضرب يدي الطفل على رأسه، او ضرب اليدين في بعضهما او ضرب يديه بأي شئ امامه.

* اذاء الذات: نجد ان الاطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا غالبا مايميلون الى اذاء انفسهم حيث انهم لا يشعرون بهذا الالم غالبا.

المحاضرة الخامسة : النظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية والانفعالية

على الرغم من وجود العديد من وجهات النظر في تحديد اسباب الاضطرابات السلوكية، الا ان جميع الاتجاهات التي فسرت حدوثها اتفقت على وجود قوى داخلية وخارجية تشترك معا في احداث السلوك، وفيما يلي عرض لهذه الاتجاهات ووجهات النظر:

1_ النظرية البيولوجية:

يرى هذا الاتجاه ان هناك علاقة وثيقة بين جسم الانسان وسلوكه، حيث يعتبر اصحاب هذا الاتجاه العوامل الوراثية وسوء الاداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي من اهم العوامل الحاسمة التي تؤدي الى اضطرابات السلوك ، وكذلك فان الاصابة الفسيولوجية واضطراب افرازات الغدد الصماء يمكن ان تكون مسؤولة عن اضطراب السلوك.

ان السلوك الطبيعي من وجهة نظر هذا الاتجاه هو نتاج النواحي البيوفيزيائية الطبيعية، ويركز على هذه النواحي وانها السبب الاول في الاصابة باضطرابات السلوك، مثل العوامل الوراثية او النواحي البيئية التي تؤثر على النمو او الحوادث او الامراض خلال الولادة. (مصطفى نوري القمش، واخرون، 2007، ص229).

وحسب هذه النظرية فان الاضطرابات السلوكية والانفعالية تعود الى عوامل عصبية او جينية او بيوكيميائية او فسيولوجية:

✓العوامل البيوكيميائية: يعد التوازن الكيميائي في جسم الانسان من العوامل المهمة في السلوك نظرا لدوره في التحكم في عمليات البناء والهدم او مايعرف بعملية التمثيل الغذائي من جهة اخرى. (اسامة فاروق مصطفى، 2011، ص92).

ان الاختلال في التوازن الكيميائي للدماغ يؤدي الى اشكال اضطراب السلوك لدى الفرد بما ينتج عنه خلل في عملية التوصيل بين الخلايا العصبية ، فمن المعروف ان التوصيل العصبي بين الخلايا العصبية يتم من خلال النواقل العصبية ، وهي مواد كيميائية ن فعند حدوث اي اضطراب

في كيمياء الدماغ فان ذلك يؤدي الى سوء الاداء الوظيفي للدماغ الامر الذي يتسبب في الاختلال السلوكي او النفسي .

ان الاختلال في كمية النواقل العصبية من حيث الزيادة والنقصان يرتبط الى درجة كبيرة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الفرد، فعلى سبيل المثال يؤثر الناقل العصبي المعروف بالاستيل كولين في عمليات التعلم، والانتباه والتذكر، في حين يرتبط الناقل العصبي السيروتين بالاضطرابات العدوانية والعنف والاستحواذية ، اما اللخل في افراز الغدة فينعكس ذلك سلبا في نمو الافراد وفي ادائهم النفسي والسلوكي، مثلا هرمون الادرينالين الذي تفرزه الغدة الكظرية يسبب الخوف والقلق والغضب والميل الى المهاجمة والانسحاب ، اما هرمون الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية فيسبب حالات التبدل والميل الى الكسل وتدهور الذاكرة.

✓ **العوامل العصبية:** الجهاز العصبي المركزي للانسان يتكون من بلايين الخلايا العصبية التي يوجد اكثرها في الدماغ ، ويعمل الدماغ على تخطيط وتنفيذ ومراقبة معظم الانشطة الانسانية الفسيولوجية والفكرية والانفعالية والحركية واللغوية ، حيث يعمل على التنسيق بين عمل الخلايا العصبية المستقبلية للاحاسيس والخلايا العصبية المستجيبة ، ويكون اداء الدماغ في اعلى مستوياته عندما يتكامل عمل الخلايا العصبية معا وتنشط في تشكيل الممرات العصبية فيما بينها . (اسامة فاروق مصطفى، 2011، ص93).

ان الخلل في وظائف الخلايا العصبية لبعض مناطق الدماغ او تعرضها الى بعض التلف او الاصابة قد يتسبب في خلل في الانماط السلوكية لدى الافراد، والتي قد تتبدى في بعض اشكال الاضطرابات السلوكية ،مثل :التلف البسيط في خلايا القشرة الدماغية او الاختلال في الاداء العصبي قد يؤدي الى اضطراب سلوكي معروف بالنشاط الزائد والتشتت في الانتباه، في حين ان التلف الشديد قد يسبب في الاعاقة العقلية والحركية.

✓ **الوراثة:** قد تقف العوامل الجينية وراء حدوث الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى بعض الافراد او واعتمادا على نوعية الجينات التي تنتقل اليهم من الوالدين ، ولقد اظهرت نتائج

الدراسات التي اجريت على التوائم المتماثلة على تأكيد دور العوامل الوراثية في التسبب في الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الافراد.

فقد اثبتت الدراسات والابحاث ان فصام الطفولة والخلل الدماغي وبعض الاضطرابات الاخرى تنتقل بالمورثات الجينية نتيجة خلل في الاداء الوظيفي ...الخ.

2_ النظرية التحليلية:

يعتمد هذا المنحى على توظيف مبادئ التحليل النفسي التي وضع اسسها "فرويد"، ولعل اهم مايميز هذه النظرية هو اهتمامها المبالغ بالعمليات النفسية الداخلية، بوصفها المحددات الرئيسية للنمو الشخصي، فقد اقترح "فرويد" مايمكن تسميته بالجهاز العقلي لتفسير السلوك ، وهذا الجهاز ذو ثلاث ابعاد هي: (**جمال محمد الخطيب ، واخرون، 2009، ص215**).

_الهو: يتمثل بالغرائز الاساسية والنزوات والرغبات المكبوتة، وهو لا يأخذ الواقع او المنطق بالحسبان، انه يعمل وفقا لمبدأ الرغبة فقط.

_ الانا: هو الجانب الواعي في الشخصية ، ولذلك فهو لا يعمل تبعا للرغبة ، وانما تبعا للواقع، ووظيفته الاساسية ايجاد السبل المقبولة والمنافذ الواقعية لاشباع رغبات الهو .

_ الانا الاعلى: او الضمير فهو يعمل على كبح رغبات الهو اللامنطقية ، وذلك من خلال تفهم واحترام الاخلاق والقيم السائدة في المجتمع.

ومن المفاهيم الرئيسية الاخرى في نظرية التحليل النفسي مفهوم :

_ الشعور: ويمثل الجانب الشعوري من شخصية الفرد وفيه تقع كل الخبرات والمعارف والادراكات والرغبات التي يكون الفرد على وعي تام بها والتي يسهل عليه تذكرها واسترجاعها ، ومثل هذا الجانب لا يمثل الا جزءا صغيرا من الحياة النفسية للفرد وهو يخضع لعوامل الزمان والمكان والواقع والمبادئ والاخلاق.

_ **ما قبل الشعور**: وفيه تقع الافكار والرغبات والذكريات التي تكون قريبة من حيز الشعور ، بحيث تصبح شعورية عند الحاجة ، حيث يقلل من الجهد ويستطيع الانسان تذكرها واسترجاعها.

_ **الاشعور**: والذي يؤثر في السلوك بشكل مبالغ رغم قدرة الانسان على وعيه، والاشعور يتألف من النزعات الجنسية والعدوانية والغريزية، والرغبات المحرمة والذكريات المؤلمة، ولما كان الامر كذلك فهو يتصل اتصالا وثيقا بالهو، فيحركنا باتجاهات معينة سلوكيا. ولان الهو يحرك الانسان باتجاه والانا الاعلى يحركه باتجاه معاكس يبقى الانسان في صراع متواصل الامر الذي يدفع الانا الى التوصل الى حلول توفيقية وسطية ، واذا لم ينجح الانا في ايجاد تلك الحلول يتطور القلق لدى الانسان ، ويحاول الانسان التخلص من القلق بالالتفاف عليه، وتغطيته وليس بمواجهته وذلك من خلال ما يسمى بالاساليب والحيل الدفاعية، ومنها الكبت والانكار والاسقاط ، والتبرير .. الخ، فاذا اخفق الانا في الحفاظ على التوازن على الرغم من توظيف الوسائل الدفاعية الممكنة تزداد شدة القلق وتضعف قدرته على التكيف وتطور لديه المشكلات والاضطرابات السلوكية والانفعالية.

3_ النظرية السلوكية:

يعتقد مؤيدو النموذج السلوكي ، ان السلوك الانساني سواء العادي منه او المضطرب يعد في الواقع متعلما، ومن ثم فهو مكتسب، وعلى الرغم من ان النظريات السلوكية تؤكد على ذلك الدور الذي يلعبه التكوين الوراثي والتعزيز في تحديد السلوك فان اهتمامها الاساسي انما ينصب على الظروف البيئية الراهنة التي يمكن ان تؤثر عليه، وفي هذا الاطار يؤكد النموذج السلوكي على تحديد تلك الاحداث الخارجية المسؤولة عن بقاء السلوكيات التي تصدر عن الفرد ، وعلى تخطيط الاجراءات المناسبة التي يمكن من شأنها ان تخفف من حدة مثل هذه السلوكيات، كما يتم النظر الى الاحداث التي يمكن ان تكون قد ادت الى اكتساب السلوك اللاتوافقي على انها ليست متصلة بالعلاج لانه لم يعد بالامكان ملاحظة مثل هذه الاحداث او تغييرها ووفقا لذلك فان بوسعنا ان نبدي بعض الملاحظات على النماذج السلوكية التي تعمل على تفسير الاضطرابات السلوكية كمايلي: (عادل عبد الله محمد، 2011، ص ص، 463، 462).

① يعد الاشتراط الاستجابي والاشتراط الاجرائي بمثابة عمليات رئيسية في النموذج السلوكي ، يمكن من خلالهما تفسير السلوك ،حيث تعتبر السلوكيات الاستجابية في الواقع استجابات انعكسية غير مشروطة.

② يحدث التعلم عندما يقترن مثير جديد بذلك المثير الذي يكون قد ادى في البداية الى حدوث الفعل الاستجابي ، ويمكن لتلك السلوكيات التي تحدث في ظل مثل هذه السيطرة من جانب المثير ان تستمر في الحدوث عندما تحدث النتائج المرغوبة بصورة غير متكررة او غير منتظمة ، وبذلك فان الظروف الماضية هي التي تؤدي الى اكتساب السلوك غير المناسب.

③ وفقا لهذا النموذج يعمل العديد من البدائل على الحد من قوة السلوك المستهدف او اضعافه، ويعتبر العقاب هو اقوى هذه البدائل ، الا ان استخدامه في المدارس ، وحتى تأثيره الدائم يعد موضع جدل.

④يقدم الباحثون السلوكيون العديد من الاساليب الفعالة لادارة وعلاج مجموعة كبيرة من المشكلات السلوكية عند الطلاب من مختلف الاعداد ، كما انهم يقدمون في ذات الوقت عددا من الاستراتيجيات التعليمية التوجيهية التي تزيد من مستوى التحصيل الاكاديمي بفاعلية وكفاءة، وفي الحقيقة لا يوجد نموذج نظري اخر له في الاصل اساس من الدعم التجريبي الذي يحظى به هذا النموذج.

4_ النظرية البيئية:

يركز أصحاب هذه النظرية على تفاعل القوى الداخلية و الخارجية باعتباره هو الأساس في حدوث السلوك ، يؤكدون على أن القوى الداخلية لوحدها و القوى الخارجية لوحدها لا تكفي لتفسير السلوك الإنساني. فاضطراب السلوك ينظر إليه علماء النفس البيئيون على أنه سلوك غير مناسب و لا يتوافق مع ظروف الموقف. أما علماء البيئة الأطباء فقد أشاروا إلى الاختلاف بين الأطفال إلى عوامل مزاجية ولادية ، فبعض الأطفال يتوافق سلوكهم مع البيئة في حين أن البعض الآخر لا يتوافق سلوكهم معها . و لقد أشار التحليليون البيئيون إلى أن الاضطرابات الانفعالية عند

الأشخاص هي بعد أوسع في العلاقات الأسرية . لذلك ينظر أصحاب الاتجاه البيئي إلى السلوك الإنساني على أنه نتاج للتفاعل بين القوى الداخلية التي تدفع الفرد و بين الظروف في الموقف. و أن تفسير القوى الداخلية و تفاعلها مع القوى الخارجية يختلف بناء على اختلاف تخصصات أوميادين علماء البيئة. فمثلا يركز علماء الاجتماع على تأثير المجموعات الاجتماعية و المؤسسات على سلوك الفرد ، بينما يركز علماء البيئة الأطباء على العوامل الجينية التي تقرر الخصائص و المزاج لفرد معين و يطلون التفاعل بين هذا الفرد و بين بيئته ، في حين يركز علماء البيئة التحليليون على التفاعل الأسري و تأثير ذلك على شخصية الفرد و يدرسون نمط التفاعل الذي يحدث بين أفراد الأسرة. إن التركيز في جميع وجهات النظر ضمن الاتجاه البيئي هو التفاعل بين الفرد و البيئة التي يعيش فيها بدون الاهتمام بتفسير لماذا يسلك الناس بالطريقة التي يسلكونها.؟

يجب على من يقوم بعملية تشخيص السلوك المضطرب في الاتجاه البيئي أن يهتم بجمع معلومات كثيرة عن الطفل و عن البيئة التي يتفاعل فيها و معلومات تتعلق بنمط سلوك الطفل في مواقف مختلفة يتم جمعها و كذلك تلاحظ الاختلافات بين سلوك الفرد في البيت و الجيرة و المدرسة ، و كذلك يحاول المهني في هذا الاتجاه أن يحدد المطالب السلوكية لكل موقف. (غمري علجية، 2014، ص ص 89،90).

المحاضرة السادسة: اساليب القياس والتقييم للاضطرابات السلوكية والانفعالية

1_ الفحص الطبي:

يحاول الباحثون والمعالجون منذ سنين طويلة الوصول الى دلائل حول وظائف الدماغ والاجزاء الاخرى من الجهاز العصبي بغرض فهم الاداء النفسي الوظيفي الطبيعي والشاذ، حيث يفترض المهتمين بعلم النفس المرضي ان بعض نواحي العجز او القصور النفسي قد تكون بمثابة انعكاس للقصور الجسمي.

وقد ادى هذا الافتراض بان المشاكل السلوكية قد تكون ناتجة عن خلل في الدماغ وتحتاج الى استخدام فحوصات عصبية متعددة بهدف تشخيص هذا الخلل ومن الاساليب الطبية المستخدمة: (زياد كامل الاالا ، 2011، ص286).

✓ رسم المخ الكهربائي: ويتمثل بوضع اقطاب على فروة الرأس لتشمل الفصوص المخية الاربعة (الجبهي ، الجداري، الصدغي ، الخلفي) لمعرفة فيما اذا كان هناك خلل في هذه الفصوص ، حيث يستخدم هذا الاسلوب للكشف عن فئات اخرى كالصرع واصابة المخ، الصمم.

✓ رسم خريطة المخ: ويستخدم لتحديد الموجات السائدة في الفصوص الاربعة.

✓ جهاز الرنين المغناطيسي: ويظهر هذا النوع من الفحص نشاط المخ والاختلافات فيه.

2_ الملاحظة: هي ملاحظة الوضع الحالي للفرد موضع الدراسة في قطاع محدد من قطاعات

سلوكه وتسجيل لمواقف من مواقف الحياة اليومية ومواقف التفاعل الاجتماعي : في اللعب او العمل او الراحة او الرحلات او الحفلات ،وفي مواقف الاحباط والمسؤولية الاجتماعية والقيادة او التبعية بحيث يتضمن ذلك عينات سلوكية لها مغزى في حياة الفرد.

وما على الباحث سوى مراقبة الاطفال في مواقف معينة ، وتدوين ما يقومون به من سلوك، وان هذه العملية ليست كما تبدو عليه من السهولة ، فهناك عدة قرارات لا بد ان ياخذها الباحث بعين الاعتبار وهي: (اسامة فاروق مصطفى، 2011، ص62).

_ هل يتحدد على الباحث مراقبة سلوك الطفل بالكامل؟ ام يراقب مظهرا او مظاهر معينة من هذا السلوك مغفلا مظاهر وجوانب اخرى ، واسهل منه بالطبع مراقبة جانب واحد بسيط من جوانب السلوك مثل مراقبة عدد مرات التبسم عند الاطفال او اشكال السلوك العدوانى لديهم اثناء اللعب في ساحة المدرسة مثلا.

_ تحديد مكان المراقبة ، فهل يحبذ مراقبة السلوك في موقفه الطبيعي ؟ ام يفضل ان يكون في اطار موقف تجريبي محدد ومنظم سابقا؟ مع ان هناك اراء كثيرة تنادي بضرورة العودة الى دراسة السلوك في مواقفه الطبيعية.

_ اعداد بطاقة ملاحظة ليسجل عليها المعلومات التي يلاحظها وتشمل بطاقة الملاحظة عادة انماط السلوك المتوقع ملاحظته.

_ ان يتأكد الباحث من صدق ملاحظاته ، وذلك عن طريق اعادة الملاحظة اكثر من مرة وعلى فترات متباعدة او عن طريق مقارنة ما يلاحظه مع باحث اخر في المجال نفسه.

_ يتم تسجيل ما يلاحظه الباحث اثناء الملاحظة ويقوم باستخدام ادوات التسجيل كاستخدام الكاميرات او الاشرطة والتسجيلات .

3_ المقابلة: المقابلة هي اسلوب علمي منظم لجمع البيانات والمعلومات عن السلوك الحالي او المستهدف ، وتجرى المقابلة بين طرفين ، الاول يسمى المشرف على برنامج تعديل السلوك او المرشد النفسى، اما الطرف الثانى يسمى، المسترشد وهو الذي تجرى المقابلة من اجله ، وقد نلجأ للمقابلة حيث نقشل الطرائق الاخرى في جمع البيانات والمعلومات او حين تضيف او توضح المقابلة مظاهر السلوك الحالي او المستهدف ،تقود في المقابلة للاخصائى النفسى البيانات حول الطفل ، لاسيما ان الاخصائى يمكنه ملاحظة التغييرات التي تطراً على انماطه السلوكية اثناء المقابلة وتعابير وجهه وردود الفعل الانفعالية والتغير في نبرات صوته في تفاعلاته مع الاسئلة ، ومثل هذه الملاحظات بالاضافة الى المعلومات اللفظية التي يصرح بها الطفل تساعد الاخصائى في فهم اعمق لمشكلة الطفل.

يراعي في الاختصاصي النفسي الذي يجري المقابلة ان يخلق جوا ايجابيا وديا ، وان يحص على جعل الفرد في وضع نفسي جيد لكي يستطيع ان يتكلم بحرية وامان ، ويمكن تسجيل وتدوين المادة التي حصل عليها اثناء او بعد انتهاء المقابلة. (اسامة فاروق مصطفى، 2011، ص 64).

4_ دراسة الحالة: هي الاطار الذي ينظم ويقيم فيه الاختصاصي النفسي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها عن الفرد وذلك عن طريق الملاحظة والمقابلة والتاريخ الاجتماعي والسيرة الشخصية والاختبارات السيكولوجية والفحوص الطبية ، لذلك فان دراسة الحالة التي تدور اساسا حول الكائن الانساني في تفردته تكون الطريقة المفضلة لدى الاكلينيكي.

ففي دراسة الحالة يتم الاتصال بالافراد الذين يعانون من اضطرابات سلوكية وانفعالية مباشرة والحديث معهم ومحاورتهم، من اجل الحصول على بعض المعلومات ، كما يتم جمع بيانات حول هؤلاء الافراد من خلال الاتصال باولياء الامور والمعلمين والافراد والاصدقاء واجراء المقابلات مع هذه الاطراف والاستعانة بتقديراتهم وملاحظاتهم كما يتم اللجوء كذلك للسجلات والوثائق الطبية والاكاديمية والمذكرات وتوظيف الادوات المسحية مثل: قوائم الشطب والاستبيانات ، ويؤخذ على هذه الطريقة انها احيانا لا تقود الى الاسباب الحقيقية التي تسبب الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الاطفال، وبالرغم من كثرة المعلومات التي يتم جمعها من عدد المصادر حول الحالة والتي هي مقيدة ومتعمقة الا انه لا توجد طريقة لاختبار صدق مثل هذه المعلومات والتفسيرات لها. (عماد عبد الرحيم الزغلول، 2006، ص 46).

5_ قوائم التقدير: تعد قوائم التقدير للسلوك من الاساليب الفعالة في جمع البيانات والمعلومات عن السلوك الملاحظ، وتعتمد قوائم التقدير على الملاحظة، ولذا فيجب توفر شروط الملاحظة وشروط الملاحظين فيها تبدو قيمة هذه الطريقة في تسجيل السلوك الملاحظ على وقف قائمة باشكال السلوك الملاحظ وتحديد زمانه ومكانه ، فاذا استخدمت هذه الطريقة في ملاحظة السلوك العدواني ، فيتم تحليل مظاهره ، بحيث يضع الملاحظ اشارة (✓) امام نوع السلوك الذي يحدث و اشارة (X) امام نوع السلوك الذي لا يحدث في مكان وزمان الملاحظة.

6_ المقاييس والاختبارات:

تمر عملية قياس وتشخيص الاطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا بادئ ذي بدء بملاحظة المظاهر السلوكية غير العادية عند الاطفال ، ويقوم بعملية الملاحظة الاباء والمعلمون والمختصون ، وعادة ما تكون هذه السلوكيات لا تتناسب مع مراحلهم العمرية، وتختلف عن السلوكيات العادية في شدتها، ومن ثم التأكد من وجود مثل هذه السلوكيات لدى هؤلاء الاطفال وذلك من خلال استخدام المقاييس التي تكشف عن تلك الاضطرابات ومنها مايلي: (سعيد حسني العزة، 2002، ص165)

①_ قوائم الشطب: ومنها

✓_ مقياس بيركس لتقدير السلوك: ويعتبر هذا المقياس من المقاييس المشهورة في ميدان قياس وتشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وقد صمم المقياس بهدف التعرف على مظاهر الاضطرابات الانفعالية عند الاطفال من سن السادسة فأكثر ويتكون المقياس من 110 فقرات موزعة على 19 مقياسا فرعيا ويتمتع المقياس بدلالات صادقة وثبات مقبولة ، اما المقاييس الفرعية التي يتضمنها المقياس فهي:

_ الافراط في القلق

_ الافراط في لوم الذات

_ الاعتمادية الزائدة

_ الانسحابية الزائدة

_ ضعف القوة الجسدية

_ ضعف قوة الانا

_ تدني القدرة العقلية

_ ضعف التازر الحركي

_ ضعف الانتباه

_ الضعف الاكاديمي

_ ضعف القدرة على ضبط النشاط

_ ضعف الانصياع الاجتماعي

_ ضعف الشعور بالهوية

_ ضعف الاتصال بالواقع

_ ضعف في ضبط المشاعر

_ الافراط في المعاناة



_المبالغة في الشعور بالظلم

_العدوانية الزائدة

_العناد والمقاومة

٧_ مقياس السلوك التكيفي (الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي): ويستخدم في قياس السلوك التكيفي لدى الاطفال المعوقين عقليا وانفعاليا وذوي اضطرابات النمو ويهدف الى التعرف على جوانب السلوك التكيفي وغير التكيفي ،ويتألف من قسمين: الاول يشمل على تسعة ابعاد رئيسية تشتمل على 56 فقرة،اما القسم الثاني فيتعلق بالسلوك غير التكيفي ويشتمل على 14 بعدا تحتوي على 44 فقرة، ولقد طور المقياس وتم تقنينه في الولايات المتحدة واليابان والهند ومصر وبلجيكا والاردن.(درغام الرحال، 2010، ص 154).

٧_ قائمة كوي وبترسون للسلوك المشكل:تستخدم هذه القائمة لتقييم الخصائص والسمات المرتبطة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الاطفال والمراهقين وفق اربعة ابعاد رئيسية:(قحطان احمد الظاهر، 2008، ص 301)

_اضطرابات الشخصية مثل الغيرة والخجل والانسحاب.

- اضطرابات السلوك مثل العدوان والتهمج والعناد
- اضطرابات النضج مثل الحركة الزائدة وضعف الانتباه
- الانماط الثقافية والاجتماعية مثل الكذب والغش

٧_ دليل برستول للتكيف الاجتماعي: صمم هذا الدليل مارستون (1970) ويهدف الى قياس ابعاد السلوك التكيفي الاجتماعي لدى الاطفال والمراهقين ، ومن خلال هذا الدليل يمكن تقييم المشكلات السلوكية والانفعالية ووصف الانماط السلوكية الملاحظة مما يتيح امكانية توفير معلومات ذات قيمة تساعد المعلمين والاختصاصيين النفسيين في تفسير السلوك.

②_ مقاييس الذات: تستخدم بعض مقاييس الذات في تقييم الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الاطفال والمراهقين لانه من المفيد التعرف على الكيفية التي يشعر بها الطفل بذاته وكذلك الكيفية التي يدرك من خلالها نقاط الضعف والقوة في شخصيته ، ومن مقاييس الذات المشهورة والتي يمكن استخدامها في تشخيص الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الاطفال: (اسامة فاروق مصطفى، 2011، ص 72).



٧_ مقياس بيرس - هارس لمفهوم الذات عند الاطفال: يتألف هذا المقياس من 80 فقرة تتطلب الاجابة عنها بنعم او لا وهي في مجموعها تقيس ابعاد مفهوم الذات المدرك عند الاطفال.

③ اختبارات التحصيل والذكاء: تستخدم الاختبارات التحصيلية المقننة في قياس درجة تعلم الطالب في مجالات مشتركة للمناهج الدراسية ، فالاختبارات التي يكتبها المعلم لطلابه تقتصر على ما يقوم بتدريسه وما يناسب حاجات طلابه ، اما الاختبارات التحصيلية المقننة فانه يمكن تطبيقها على طلاب فرقة دراسية معينة في مختلف المدارس في ظروف مقننة منتظمة من حيث التطبيق والتصحيح وهذا ما يجعل من الممكن مقارنة مستوى تحصيل طلاب مجموعة معينة بمعيار الجماعة.

اما اختبارات الذكاء فهي تقيس عددا من القدرات العقلية مثل: مقياس ستانفورد _ بينيه للذكاء العام.

④ اختبارات ومقاييس الشخصية: يمكن قياس الشخصية بانواع مختلفة من الاختبارات والمقاييس ، فقياس وتقييم الشخصية يتضمن الملاحظة الموضوعية المنظمة لسلوك الفرد تحت شروط محددة في علاقتها بمثيرات معينة وللحصول على بيانات تتعلق بالفرد يجب فهم اثر مختلف مكونات الموقف المثير على سلوكه وتصنف مقاييس الشخصية الى: (اسامة فاروق مصطفى، 2011، ص 75).

أ_ استبيانات الشخصية:

- استبيانات تستند الى الاستراتيجية المنطقية مثل : قائمة مراجعة المشكلات لموني.
- استبيانات تستند الى الاستراتيجية الامبريقية مثل : استبيان مينسوتا للشخصية متعدد الالوجه.
- استبيانات تستند الى استراتيجية التجانس مثل : استبيان العوامل الستة عشر لكاتل.

ب_ المقاييس الاسقاطية: وتشمل :

- اختبار بقع الحبر لرورشاخ.

-اختبار تفهم الموضوع للكبار والصغار.

_ اختبار رسم الرجل .

تعرض على المفحوص في اختبار تفهم الموضوع على سبيل المثال عشرة صور للكبار وعشرة صور للصغار، ويطلب من المفحوص ان يعبر عن استجابته لتلك الصور ، وذلك من خلال اسقاطه لانفعالاته عليها ، ومن مجمل اجابات المفحوص يستطيع الفاحص التعرف على الاضطرابات الانفعالية لدى المفحوص.

المحاضرة السابعة: المجموعة 1 من اشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

1_ السلوك العدواني:

يعد السلوك العدواني من القضايا الهامة في المجال التربوي، وسيظل إحدى الموضوعات الجديرة بالبحث والتمحيص والدراسة ، ويرى كثير من الباحثين أن السلوك العدواني شأنه شأن أي سلوك إنساني ، متعدد الأبعاد ، متشابك المتغيرات واهم التعاريف المقدمة له هي :

_ يعرفه باندورا (BANDURA 1973): أنه سلوك قاسي ومدمر، و أتفق اجتماعياً على أنه سلوك عدواني وهو كذلك السلوك الذي ينتج عنه أذى شخص أو تدمير للممتلكات ، وهذا الأذى قد يكون نفسياً على هيئة تحقير أو تقليل القيمة ، وقد يكون جسماً . (BANDURA ، P64 ، 1973) .

_ أما دولارد وآخرون (DOLLARD 1980) : فيعرفون العدوان بأنه الاستجابة التي تلي الإحباط ، أو ذلك الفعل الذي تعتبر استجابته الهادفة هو أن يلحق فرد الأذى بكائن أو من يقوم مقامه . (DOLLARD.1980 .p.11)

_ يعرفه ريتشارد (RITCHARD 1995): أن السلوك العدواني " هو السلوك الذي يتخذ مباشرة ضد شخص أو مخلوق آخر بما يؤدي إلى جرحه أو إيلامه " . (RICHARD, 1995, p. 435).

_ ويرى عبد المعطي (2001) العدوان على انه سلوك يهدف إلى تعمد إيذاء طرف آخر، أو الإضرار به ، أو مخالفة العرف السائد في التعامل بين الناس ، ويأخذ صوراً متعددة ، بدنية أو لفظية، وسواء كان هذا العدوان مباشر أو غير مباشر . (تهاني محمد عبد القادر الصالح، 2012، ص16).

_ من وجهة نظر الزعبي (2005)، يرى بان العدوان هو السلوك الموجه ضد الآخرين، والذي يقصد منه الإيذاء للذات أو للآخرين أو للممتلكات بشكل مباشر أو غير مباشر .

من هذه التعاريف يتضح ان هناك الكثير من التداخل بينها ، وعلى ذلك فان السلوك العدواني قد يكون لفظيا او غير لفظيا ، مباشرا او غير مباشر، صريحا او ضمنيا ، موجه نحو الذات او ضد

الآخرين او الاشياء ، ولن في النهاية يترتب عليه الحاق الاذى والضرر المادي او الجسمي او النفسي للشخص نفسه او للآخرين.

2_ النظريات المفسرة للسلوك العدواني:

مع تعدد التعاريف و صور وأشكال العدوان ودوافعه تعددت النظريات التي فسرت السلوك العدواني وفيما يلي أهم النظريات التي تناولت السلوك العنيف العدواني بالتفسير:

⇒ نظرية التحليل النفسي :

يسمىها البعض بنظرية العدوان كغريزة وترجع جذور هذه النظرية إلى سيجموند فرويد الذي يرى أن السلوك العدواني جزء من الكيان الإنساني ، وفي محاولة منه لتفسير السلوك العدواني المعقد، فقد حدد أن أصل السلوك هو ما أسماه بغرائز الحياة ومن أهم مشتقاتها الغريزة الجنسية ، التي تحافظ على بقاء الفرد، أما غرائز الموت فتعمل على تدمير الذات ، وعليه ترى هذه النظرية أن العدوانية الإنسانية ناتجة عن قوة يولد بها الإنسان ترجع مباشرة للرغبة الغريزية للتدمير وهو ما أسماه برغبات الموت .

من هنا يرى فرويد أن الطاقة العدوانية يمكن تفرغها إما بأسلوب مقبول اجتماعياً من خلال أعمال أو ألعاب نشطة أو من خلال أنشطة غير مرغوب فيها مثل إهانة الآخرين، القتال أو تدمير الممتلكات ، وأكد (أدلر) وهو أحد أتباع نظرية(فرويد) أن العدوان وسيلة للتغلب على مشاعر القصور والنقص والخوف من الفشل، وإذا لم يتم التغلب على هذه المشاعر، عندئذ يصبح العدوان استجابة تعويضية عن هذه المشاعر. (هشام احمد غراب ،واخرون ،2012، ص129).

⇒ النظرية السلوكية :

يرى السلوكيون ان العدوان شأنه شأن اي سلوك يمكن اكتشافه ويمكن تعديله وفقا لقوانين التعلم ، ولذلك ركزت بحوثهم ودراساتهم للعدوان على حقيقة يؤمنون بها وهي ان السلوك برمته متعلم من البيئة .

ولقد اكد ذلك (سكينر) في نظريته عن الاشرط الاجرائي ، حيث افترض ان الانسان يتعلم سلوكه بالثواب العقاب ، فالسلوك الذي يثاب عليه يميل الى تكراره ،والسلوك الذي يعاقب عليه يقلع عنه. وينطبق هذا التفسير على السلوك العدواني ، فالانسان عندما يسلك سلوكا عدوانيا لأول مرة ، اذا عوقب عليه كف عنه ،وإذا تلقى مكافأة عليه ،كان اميل الى تكراره في المواقف المماثلة له ، فالسلوك العدواني وفقا لهذا الاشرط يحدث ويستمر عندما يعقبه ثواب (بوشاشي سامية ،2013 ،ص77).

☞ نظرية السيطرة الاجتماعية:

تعود هذه النظرية الى HERSCHI (1969) والتي تتضمن مفاهيم/ عناصر اجتماعية، ونفسية اجتماعية لتفسير التزام بعض الأفراد بالقيم والعادات الاجتماعية السائدة في السلوك بينما ينحرف عنها البعض الآخر. عنصر الالتصاق العاطفي يعود إلى مدى اهتمام الفرد بالآخرين؛ قبول الفرد للعادات الاجتماعية المقبولة للسلوك وغرس الضمير الاجتماعي يعتمدان على مستوى محبة ومودة الطفل في علاقته مع الآخرين والمؤسسة التعليمية، في هذا الصدد ، الوالدين وأعضاء المدرسة لهم أهمية كبرى؛ حيث أن الأطفال الذين تربطهم علاقات حميمة وقوية مع الوالدين والمعلمين يعيشوا مستويات عالية من الضبط الاجتماعي لسلوكياتهم. مثل هؤلاء الأطفال، كما هو مقترح، هم أكثر احتمالية ليكونوا أكثر حساسية بخصوص سلوكياتهم وإلى أي مدى من الممكن أن تؤذي الآخرين؛ حيث أنهم لا يريدوا أن يحبطوا أولئك الذين يحبون ويحترمون بسلوكياتهم .

كما ان الالتصاق العاطفي مع الوالدين يمثل مانعاً رئيسياً لاندماج الأطفال في السلوكيات الشاذة والعنيفة، وقوة هذا المانع تعتمد إلى حد كبير على عمق ونوعية العلاقة والتفاعل بين الطفل ووالديه ؛ محددة بعدة أمور مثل كمية الوقت الذي يقضيه الطفل ووالديه معاً، ومدى تكرار الأحاديث الحميمة بينهم وأساليب التربية وضبط السلوك البعيدة عن كل أشكال التعنيف.

اما عنصر الالتزام فإنه يقاس من حيث طموحات وأهداف الأفراد التي تتضمن الاستثمار الايجابي والعقلاني للوقت في المجتمع. بمعنى آخر، الأفراد اقل احتمالية لارتكاب سلوكيات شاذة وعنيفة عندما يعلمون بأن هناك شيئاً سيخسروه.

بالنسبة للأطفال، من الممكن أن يعني أنهم لا يريدون أن يخسروا تعليمهم المدرسي، أو أن يراهم الآخرون سيئين مثل أصدقائهم، والديهم أو معلمهم لارتكابهم سلوك شاذ- شئ من الخزي أو العار من أولئك الذين آرائهم تعني لهم الكثير كنتيجة للسلوك. (ان موسى النجداوي ، واخرون ،2015،ص1494).

➤ نظرية التعلم الاجتماعي

من أشهر القائلين بها باندورا (BANDURA1973) الذي توصل إلى أن السلوك الاجتماعي سلوك متعلم يتم عن طريق الملاحظة والتقليد والتعزيز من الأشخاص المهمين في حياة الطفل مثل الوالدين والأقران والمدرسة ، بالإضافة إلى وسائل الإعلام ، وذلك في ثنايا عملية التنشئة الاجتماعية .

ويحتل مفهوم (العادة) مركزا أساسيا في هذه النظرية فالعادة متعلمة ومكتسبة ، وليست موروثة وعلى ذلك فإن بناء الشخصية يمكن أن يتعدل ويتغير. كما أبرزت هذه النظرية أهمية الدافع والباعث كمحركات للسلوك ، الموروث منها و المكتسب ، وعلى هذا يعتبر السلوك العدواني أحد الأساليب المتعلمة التي تميز الفرد عن غيره من الناس ، وقد يتمثل في نهاية الأمر بعادة لها دوافعها وبواعثها ، ويرى (باندورا) أن السلوك العدواني متعلم من خلال التعلم بالملاحظة والتقليد و المحاكاة ، وهناك الكثير من الدراسات التي تؤكد على أن ملاحظة السلوك العدواني تزيد من احتمالية أن يصبح الملاحظ أيضا عدوانيا ، خاصة عندما يكون السلوك وسيلة فعالة في الحصول على الرغبات والأهداف المرغوبة. وقد تبين من العديد من الدراسات التي قام بها (باندورا) أن الأطفال يظهرون ميلا متزايدا للتقليد في أعقاب التفاعل السار معهم، وأنهم يقلدون السلوك العدواني لرجل بالغ أكثر من تقليدهم سلوك المرأة و الطفل، وأن النماذج الحية والنماذج الممثلة في الصور المتحركة لها نفس التأثير في إحداث التقليد، وأن النموذج الذي له قوة تعزيزية يتم تقليده أكثر من النموذج الذي لا يملك مثل هذه القوة . (ان موسى النجداوي ، واخرون،ص1495).

نظرية العدوان الناتج عن الإحباط:

أما نظرية الإحباط فقد فسرت السلوك العدواني بأنه يولد دافعا، ويصبح من الضروري للعضوية العمل على خفض هذا الدافع، ومن أشهر مؤيدي هذه النظرية ميللر (MILLER) و دولارد (DOLLARD) و سيزر (SEASER) وغيرهم، وينصب اهتمام هؤلاء العلماء على الجوانب، الاجتماعية للسلوك الإنساني، فالعدوان من أشهر الاستجابات التي تثار في الموقف الإحباطي ويشمل العدوان البدني واللفظي حيث يتجه العدوان غالبا نحو مصدر الإحباط، ويحدث ذلك بهدف إزالة المصدر أو التغلب عليه أو كرد فعل انفعالي للضيق والتوتر المصاحب للإحباط. كما توصل رواد هذه النظرية إلى أن شدة الرغبة في السلوك العدواني تختلف باختلاف كمية الإحباط الذي يواجهه الفرد، ويعتبر الاختلاف في كمية الإحباط دالة لثلاثة عوامل رئيسية هي درجة أهمية الهدف بالنسبة للفرد، شدة الرغبة في الاستجابة للإحباط، وعدد المرات التي تعاق فيها الجهود المبذولة من أجل تحقيق الهدف.

كما يرى أصحاب هذه النظرية أن الرغبة في العمل العدائي تزداد شدة ضد ما يدركه الفرد على انه مصدر لإحباطه ، ويقلّ ميل الفرد للأعمال غير العدائية حيال ما يدركه الفرد على أنه مصدر إحباطه ، وإن كف السلوك العدائي في المواقف الإحباطية يعتبر بمثابة إحباط آخر يؤدي إلى ازدياد ميل الفرد للسلوك العدائي ضد مصدر الإحباط الأساسي ، وكذلك ضد عوامل الكف التي تحول دونه والسلوك العدائي. ويؤخذ على هذه النظرية أن ردود الأفعال العدائية يمكن أن تحدث بدون إحباط مسبق، وقد تحدث الاستجابات العدوانية نتيجة للتقليد والملاحظة. كذلك فإن العدوان رغم انه ليس الاستجابة الوحيدة الممكنة للإحباط يتوقف على عدة متغيرات هي: تبرير التوقعات ومدى شدة الرغبة في الهدف إذ يزداد الإحباط مرارة حين يقيم الفرد توقعات وآمال بعيدة لها ما يبررها لكنه يمنع من تحقيقها، فالإحباط يصل إلى ذروته حين ينطوي على تبرير لتوقعات تتعلق بتحقيق هدف له أهميته أو أمد طال انتظار تحقيقه. (ان موسى النجداوي ،واخرون،ص1496).

نظرية الثقافات الفرعية:

أبعد من ذلك، أشار (COHEN 1955) الى مفهوم الثقافات الفرعية في تفسير السلوك العدواني عند الأطفال، حيث جادل بأن هناك أربعة حقائق :

الطبقة الاجتماعية و الأداء المدرسي، احباط المكانة الاجتماعية، وردة الفعل تساهم في تطوير السلوك العدواني. هذا الاتجاه النظري يدعي أن الاطفال يأتوا إلى المدرسة إما مجهزين أو غير مجهزين لأدوات النجاح في النظام التعليمي وهذا يعتمد على الطبقة الاجتماعية ومستوى التنشئة الاجتماعية للأطفال. الفشل المدرسي للاطفال من الممكن أن يقود إلى الشعور بالإحباط والذي بالتالي يقود إلى رفض الطرق والوسائل القائمة في تحقيق الأهداف إما من خلال ترك المدرسة او التصرف بعدوانية كمجموعات من الاطفال أخفقت في تحقيق الاهداف إلى التصرف بشكل عدائي كمجموعة داخل وخارج المجال المدرسي. (ان موسى النجداوي ، واخرون،ص1496).

3 اسباب السلوك العدواني :

يوجد العديد من الأسباب والعوامل المؤثرة في السلوك العدواني لدي الأطفال منها العوامل الوراثية ، والعوامل البيئية المحيطة بهم مثل الأسرة والمجتمع والمدرسة ، والعوامل النفسية والتي تشمل على الشعور بالحرمان والإحباط والعزلة والنقص والتقليد وغير ذلك ، و الأسباب وراء العدوان هي:

3_1 العوامل البيولوجية :

*الوراثة :

تعد الوراثة أحد أهم العوامل المسببة للعدوان ، تؤكد ذلك الدراسات التي أجريت على التوائم ، والتي وجدت أن الاتفاق في السلوك العدواني بين التوائم المتماثلة، أكثر من التوائم غير المتماثلة .

حيث تذكر إحدى الدراسات أنه إذا كان أحد التوائم مجرماً كان الآخر مجرماً بنسبة ثلاثة من كل أربعة ، بينما في التوائم غير المتماثلة صدق هذا بنسبة واحد من كل أربعة ، والبعض يرى أنه لا يمكن إغفال أن تربية التوائم متماثلة بيئياً واجتماعياً كما أن كل منهما يؤثر في الآخر ، ولكن هناك

تأكيدات لدور الوراثة من خلال دراسات على أطفال عدوانيين فصلوا عن والديهم وتبناهم آباء آخرون ، حيث وجد ارتباط ذو دلالة إحصائية بين هؤلاء الأطفال وبين آباء بيولوجيين مضادين للمجتمع أو أقارب بيولوجيين مضادين للمجتمع.(احمد محمد عبد الهادي دحلان، 2003 ، ص 26).

*اضطراب وظيفة الدماغ:

لقد وجد شذوذ في تخطيط الدماغ لدى 65 % من معتادي العدوان البالغين ، بينما كان 24.4 % لدى المجموعة الضابطة من المساجين غير العدوانيين ، وكان معدل هذا الشذوذ 12 % فقط من عامة الناس ، كما لوحظ أن هناك تشابه في تخطيط الدماغ للعدوانيين البالغين وتخطيط الدماغ للأطفال الأسوياء ، مما يشير إلي أن هؤلاء العدوانيين لديهم نقص في نمو الجهاز العصبي مما يجعل نشاط الدماغ يشبه الأطفال وتخطيط الدماغ الكهربائي ، ومن المعروف أن بعض أمراض الدماغ قد تصاحب بسلوك عدواني وأن عدداً من الأمراض التي تصيب الجهاز العصبي قد تبرز نفسها كسلوك عدواني.

* شذوذ الصبغيات الوراثية :

من المتعارف عليه في علوم الأحياء والوراثة أن عدد الكروموسومات أو الصبغيات في الإنسان الطبيعي المسئولة عن صفاته الجسمانية والعقلية هو 46 ، وعند حدوث اختلال في عدد هذه الكروموسومات فان ذلك يؤثر على صفات وسلوك الفرد الحامل لهذه الكروموسومات.(احمد محمد عبد الهادي دحلان، 2003 ص 27).

2_3 العوامل والظروف الاسرية :

وأهم المتغيرات الأسرية والتي تؤثر بتطور السلوك العدواني لدى الأطفال:

* حجم الاسرة ونسبة المزاحمة: حيث أننا نجد أن هناك علاقة طردية بين حجم الأسرة والمتمثل في زيادة عدد أفراد العائلة وخصوصاً الأبناء وبين زيادة السلوك العدواني.

***المستوى الاقتصادي للأسرة :** يختلف السلوك العدواني لدى الأطفال باختلاف المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة ، وقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات صحة ذلك ، فوجدت فروق دالة إحصائياً بين التلاميذ ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض في بعض مظاهر العدوان لصالح ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض.

***العمر وترتيب الطفل بين أخوته:** إن درجات التحصيل بين الصغار كانت تنخفض مباشرة مع تصاعد الترتيب الميلادي وفسر ذلك بأن زيادة عدد الصغار المتقاربين في درجة النضج العقلي يخفض متنوعية البيئة المعرفية للأسرة ، ووجد (LASCO) أن الدفء الوالدي الذي يسبغ على الأبناء يتناقص مع الأطفال الأحدث بالقياس مع من سبقوهم وليس من شك أن افتقار الطفل إلي الإحساس بالدفء والرعاية الكامنة من قبل والديه وما يترتب على ذلك من فشل دراسي أو انخفاض في المستوى التحصيلي يجعله يشعر بالإحباط وهو كثيراً ما يؤدي إلي السلوك العدواني.

***الفروق بين الجنسين:** نجد بعض الدراسات أظهرت نتائجها أن العدوان المادي العنيف المتكرر يتميز به الأولاد بدرجة أكبر من البنات ، ولكن البنات أظهرت نوعاً فريداً من العدوان في صورة تحقير وأذى بحيث يكون الضرر عقلياً أكثر منه مادياً. (احمد محمد عبد الهادي دحلان، 2003 ، ص 29).

3_3 العوامل النفسية: ومنها مايلي :

***طرق التربية وتدعيم نزعة العدوان:** أكدت الدراسات أن الطفل الذي يتصف سلوكه بالعدوانية هو طفل يربى في بيئة عمدت إلي تدليله وإيثاره ، فاستضعف من حوله بينما أصبح هو طاغية صغيراً ، والتدليل هو أن تلبى رغبات الطفل الملحة وغير الملحة ، فقد يرغب الطفل في تحقيق رغبة معينة قد تستعصي على قدرات والديه وفي ذات الوقت ليست على درجة كبيرة من الأهمية بالنسبة له فإذا حقق والده له هذه الرغبة تعلم الطفل أن يصير متجبراً ، فيجعل من حياته كلها مصدراً للعدوانية ، كلما وقفت البيئة حائلاً دون تحقيق رغباته.

***الحرمان:** ترتكز المشاعر العدوانية على عامل أساسي وهو الحرمان الذي يعني العجز عن طريق تحقيق وتلبية رغبات معينة ، وكذلك عدم إشباع الحاجات الأولية الفسيولوجية ، فحينما يحرم

الفرد من الطعام مثلاً يندفع بقوة نحو العدوانية لإشباع هذا الدافع الفسيولوجي . (احمد محمد عبد الهادي دحلان، 2003، ص 32).

وعلى هذا فقد أصبح من المسلم به أن الكائنات البشرية في حاجة إلي الحب والإحساس بالانتماء والتفوق ، وأنها في حاجة إلي التحرر نسبياً من المشاعر العميقة بالخوف والحرمان والذنب ، كذلك الحاجة إلي الأمان الاقتصادي ، وعلى هذا يتضح أنه هناك علاقة قوية بين العدوانية والحاجات التي لم تشبع فسيولوجية كانت أم سيكولوجية.

***الإحباط:** الإحباط هو خيبة الأمل التي تحدث نتيجة عدم تحقيق دافع معين للفرد ، وبمعنى آخره عملية تتضمن إدراك الفرد لعائق يحول دون إشباع حاجاته أو توقع الفرد حدوث هذا العائق في المستقبل ، وإذا كان الإحباط يؤدي في بعض الأوقات إلي تقوية الدافع ، فإن الإحباط عادة ما يؤدي إلي العدوان ، وعلى هذا فالعدوان من أشهر الاستجابات التي تثار في الموقف الإحباطي . (احمد محمد عبد الهادي دحلان، 2003، ص 33).

***العزلة:** تعد العزلة سبباً من أسباب نشأة السلوك العدواني لأنها تؤدي إلي الإحباط والاحباط يؤدي الى العدوان .

***التقليد :** للتقليد أثره المباشر والرئيسي في السلوك العدواني ، وهو وسيلة من وسائل التعلم عن طريق الملاحظة التي تسبق التقليد .

***الشعور بالنقص :** قد تخفي العدوانية الشديدة ورائها إحساساً دفيناً بالنقص لدى الطفل كأن يكون مصاباً بعاهة خلقية ، أو بضعف في تكوين البنيان الجسمي ، أو بمرض من الأمراض المزمنة ، فيعتمد الطفل بالتالي إلي استخدام العدوان كأسلوب في التعامل مع الآخرين وذلك كوسيلة تعويضية ، ويؤكد (أدler) أن الإحساس بالنقص يشكل الدعامة الأساسية في السلوك الشخصي لدى الطفل والشباب على السواء ، فالإحساس بالنقص يعبر عنه عبر منافذ متباينة لعل من أهمها النزعة العدوانية ، فيكفي أن نعرف أن السلوك الإجرامي أو المنحرف يكونه ويدعمه شعور عميق بالدونية ، وإحساس شديد بالنقص يؤثر على التصرفات والأفعال . (احمد محمد عبد الهادي دحلان، 2003، ص 35).

4. مظاهر السلوك العدواني:

يتميز السلوك العدواني بمجموعة من المظاهر اهمها : (شريفة بنت قاسم بن صديق ال هاشم ،2013، ،ص61).

✓ يبدأ السلوك العدواني بنوبة مصحوبة بالغضب والاحباط ويصاحب ذلك مشاعر من الخوف والخجل.

✓ تتزايد نوبات السلوك العدواني نتيجة للضغوط النفسية المتواصلة او المتكررة في البيئة .

✓ الاعتداء على الاقران انتقاما او بغرض الازعاج باستخدام اليدين او الاظافر او الرأس .

✓ الاعتداء على ممتلكات الغير والاحتفاظ بها او اخفائها لمدة من الزمن بغرض الازعاج.

✓ يتسم في حياته اليومية بكثرة الحركة ، وعدم اخذ الحيطة لاحتمالات الايذاء.

✓ عدم القدرة على قبول التصحيح .

✓ مشاكسة غيره وعدم الامتثال للتعليمات و عدم التعاون والترقب والحذر او التهديد اللفظي وغير اللفظي

✓ سرعة الغضب والانفعال وسرعة الضجيج والامتعاض والغضب

✓ توجيه الشتائم و الالفاظ النابية .

✓ احداث الفوضى في الصف عن طريق الضحك والكلام واللعب وعدم الانتباه .

✓ الاحتكاكات بالمعلمين وعدم احترامهم والتهريج في الصف

✓ عدم الانتظام في المدرسة ومقاطعة المعلم اثناء الشرح.

5_ اساليب الوقاية والتخفيف من السلوك العدواني :

باعتبار ان السلوك العدواني من المشكلات الخطيرة المنتشرة في الاوساط المدرسية خاصة في مرحلة المراهقة فان الوقاية من اخطارها والخفض من اثارها السلبية في البيئة المدرسية تحتاج الى مجموعة من الاجراءات والتدابير التي تساعد على ذلك ، ومن اساليب الوقاية والتخفيف من السلوك العدواني ، نكر مايلي : (**جموعي بلعربي ، 2018 ، ص48**).

✓ ضرورة التحفيز على استمرارية التعليم ومواصلة الدراسة من الابتدائية الى الثانوية العامة او المهنية من اجل التركيز على متابعة الدراسة اكثر .

✓ ضرورة توجيه العناية والاهتمام بالمراهقين بتنظيم دراسات وندوات للاباء بارشادهم الى السبل التي يجب مراعاتها .

✓ ان في تربية وعلاج ما يصادفهم من مشاكل بمجرد ظهورها وكذلك نشر الثقافة العامة عن طريق التربية والتعليم والمحافظة على روابط الاسرة .

✓ انشاء نوادي حسب تعداد السكان في كل حي ، حيث يستطيع الطفل قضاء وقت فراغه بصحة طيبة وان يرفه على نفسه باللعب المفيدة او تعلم نوع من الرياضات المفيدة او المطالعة مما يساعد على الابتعاد عن العدوان والعنف .

✓ مكافحة النشاطات الضارة ، وذلك بمنع بيع او تعاطي المسكرات ومعاقبة من يبيعها وتشديد العقوبة على من يتاجر بالمخدرات او يتعاطاها .

✓ توفير الرعاية النفسية والاجتماعية للتلميذ في المدارس بتعيين متخصصين في علم النفس لاحاطة التلاميذ بالرعاية اللازمة لضمان سلامة تكوينهم النفسي الاجتماعي ، واجراء رقابة صارمة على كل كافة وسائل الاعلام والافلام التي تعرض في السينما ، وتداول الكتب والمجلات والصور واشرطة الفيديو المخلة بالاخلاق .

ومن الناحية العلمية يمكن استخدام الاساليب التالية للتخفيف من السلوكات العدوانية : (**جموعي بلعربي ، 2018 ، ص49**).

* مكافأة السلوك البديل : يتطلب تجاهل المراهق عندما يتصرف بعنوانية ، ومكافأته عندما يتصرف بغير عنوانية ، ورغم ان هذا السلوك يلائم العمل مع المراهقين ، ولكن يمكن استخدامه حتى مع الكبار احيانا ، وذلك لانه يعتمد على فكرة مؤداها ان الفرد يتصرف بطريقة عدوانية بهدف لفت الانتباه اليه ، والبحوث المختلفة تدعو الى تأييد هذا الاسلوب ، وهذا يعني اننا نستطيع تدريب المراهقين على الاستجابة للاحباط بصورة غير عدوانية.

* الحديث الذاتي : على الوالدين تعليم بعض العبارات التي تساعد على كف السلوك العدواني في حالة تعرض المراهق الى موقف يؤدي الى الاحباط بدرجة كبيرة مما يؤدي الى الصعوبة في التحكم في نزاعاته وانفعالاته ، وهي عبارة من السهل ان يرددها لنفسه بهدوء عندما يشعر بميل لمهاجمة الاخرين مثل :تحدث ولا تضرب.

* رسم مواقف نزاع مقصودة حول القضايا والمشكلات التي يختلف فيها حولها الرأي وذلك في صورة مناقشات كلامية ، ومحاولة الفرد الدفاع عن رأيه واثبات قدرته على الدفاع عن قضية معينة.

2_ اضطراب النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه

يعتبر اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة من أكثر الاضطرابات السلوكية شيوعاً بين الأطفال ؛ وقد حظي باهتمام الباحثين والعامّة ووسائل الاعلام في العقود الثلاثة الأخيرة ، ولهذا الاضطراب تأثير دال في المجتمع بسبب تكاليفه المالية ، والضغط الواقع على الوالدين والمعلمين ، والنواتج المهنية والأكاديمية غير المرغوبة ، وسنحاول في هذه المحاضرة التفصيل اكثر في هذا الاضطراب من خلال :

1_ تعريف اضطراب فرط النشاط المصحوب بنقص الانتباه:

_ عرفت الجمعية البريطانية لعلماء النفس اضطراب ضعف الإنتباه المصحوب بالنشاط الزائد بأنه "اضطراب عصبي نفسي (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) (ADHD) يتمثل بضعف الإنتباه و الحركة المفرطة و الإندفاعية و لا يلائم المرحلة النمائية العمرية للفرد و يسبب

خللا في التفاعل الإجتماعي و التحصيل الأكاديمي و عجزا في تنظيم السلوك ويمكن تحديده في الطفولة و يستمر في مرحلة الرشد".(محفوطة بنت سالم، 2014، ص10).

أما المعهد الوطني للصحة النفسية الأمريكية فقد عرفهم "بأولئك الأطفال ممن لديهم صعوبة في الإحتفاظ بأفكارهم و يشعرون بالملل بعد بضع دقائق من القيام بالمهمة ، و لا يقلقون ببذل أي جهد في

الإنتباه و ليس لديهم شعور أو إحساس لتعلم مهارات جديدة ، و يتصفون بعدم القدرة على أداء الواجبات البيتية بوضوح ، وغالبا ما ينسون ملاحظاتهم و كتبهم في المدرسة و البيت ، و كثرة الأخطاء التي يعملونها (National Institute of Mental Health, NIMH, 2003, p.2).

و عرفته الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال بأنه "أكثر الإضطرابات السلوكية العصبية شيوعا في الطفولة ، و تتمثل الأعراض الأساسية لهذا الإضطراب بعدم الإنتباه و الحركة المفرطة و الإندفاعية ، وربما يعاني هؤلاء الأطفال من مشكلات وظيفية مثل: الصعوبات المدرسية و التحصيل المتدني و مشكلات في العلاقات مع أفراد الأسرة والاقربان بالإضافة إلى تدني تقدير الذات لديهم (American Academy of Pediatric, 2000, p.115)

وعليه، فإن اضطراب الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي اضطراب سلوكي معرفي يصيب الأطفال بعد عمر الست سنوات، حيث يتميزون باندفاعية كبيرة واستجابات سريعة للمثيرات المحيطة بهم مما يجعلهم يقعون في الأخطاء وخاصة أثناء الاختبارات النفسية ، حيث تكون إجاباتهم سريعة وعشوائية وتتسم بعدم الدقة والتركيز، كما يتسمون بعدم القدرة على التحمل والصبر أثناء قيامهم بمهمة ما، وذوي نشاط حركي زائد يجعلهم لا يقومون بالأعمال والنشاطات المطلوبة منهم، سواء كان ذلك في المنزل أو المدرسة مما يؤثر سلبا على توافقهم النفسي والمعرفي والاجتماعي وكذا المدرسي .

2_ النظريات المفسرة لاضطراب فرط النشاط المصحوب بنقص الانتباه:

⇒ **النظرية البيولوجية** : تشير الى ان الاشخاص الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يكون لديهم معدل منخفض لنشاط اجزاء معينة من المخ ، والتي تكون مسؤولة عن التحكم الحركي والانتباه ،حيث تفترض هذه النظرية وجود عيوب في ايض الدوبامين والنورايبيفرين.

فالخلل البيولوجي لدى الطفل يحرك اتجاهاته السلوكية بل ويمليها عليه فيتجه الطفل تلقائيا نحو سلوكيات غير مرغوبة كمرجع للتغيرات الكيميائية الحادثة في المخ ، وقد تؤدي الى زيادة في النشاط الكهربائي للمخ ومن ثم تتطلق سلوكيات ذلك الطفل لا اراديا . (احمد زكرياء حجازي، 2018، ص507).

⇒ **النظرية النفسية**: يرى (بتلهام) ان هناك علاقة موجبة بين الاصابة باضطراب النشاط الزائد والتنشئة الاجتماعية السيئة من قبل الوالدين فهذا الاستعداد للاضطراب يجعل الطفل يحس بالتوتر وعندما يلتقي رد فعل الام الراض يجعل الطفل يكتسب هذا النمط من السلوك غير المرغوب الذي يتميز بعدم الطاعة , بحيث يعجز عن التوافق مع ما تطلبه الام من متطلبات الطاعة فتصبح أكثر سلبية, ورفضاً لطفلها ومع اكتساب الطفل لذلك النمط المزعج الذي يتسم بعدم الطاعة فإنه لا يستطيع التعامل مع متطلبات المدرسة , ما يجعل الطفل يعاني من مشكلات التوافق مع قواعد المدرسة الصارمة.

وأكدت نتائج الدراسات السابقة التي أجريت في هذا المجال ان مشكلة النشاط الزائد لا ترتبط بضعف القدرة العقلية أو بنقص الذكاء وان انتشارها بين الاطفال المعوقين عقليا أكثر من غيرهم يرجع إلى ما يتعرض له هؤلاء الاطفال من مواقف محبطة متكررة في حياتهم. (لحمري امينة، 2015، ص48).

☞ نظرية باركلي :

يرى (باركلي) بأنه أثناء مرحلة نمو الطفل ، فإن التأثير و التحكم بسلوك الطفل يتحول تدريجياً من المصادر الخارجية إلى أن يصبح وبشكل متزايد محصناً بقوانين ومعايير داخلية ، والتحكم بسلوك الفرد بقوانين ومعايير داخلية هو ما يقصد به التحكم الذاتي: فعلى سبيل المثال الطفل الصغير تكون لديه قدرات محدودة للتحكم بسلوكه الاندفاعي، فمن الشائع أن الأطفال الصغار يفعلون عادة ما يخطر على بالهم ، وان لم يفعلوا فيكون ذلك على الأغلب نتاج موانع محيطية بالموقف ، كأن يلقي الطفل بالألعاب على الأرض حين يغضب ويمتتع عند وجود أشخاص محيطين يشكلون مصدر تهديد، كالأم مثلاً . وهذا يختلف عن موقف طفل أكبر لديه نفس الدافع لتحطيم لعبة ولكنه لا يفعل لأنه يأخذ بالاعتبار النتائج التالية: (محاسن مهدي عمر الحسين، 2015، ص 11).

1. انه لن يتمكن من الحصول على نفس اللعبة لاحقاً للعب بها لأنه حطمها
 2. أن والديه قد يغضبان لأنه حطم لعبته الجديدة
 3. أنه سيشعر بالانزعاج لأنه خذل والديه
 4. أنه سيشعر بالانزعاج لأنه ترك غضبه يخرج خارج السيطرة وسيشعر بالإحباط.
- وحسب هذا المثال فالطالب يتعلم أن يتحكم وينظم سلوكه على ضوء معايير وقوانين داخلية، وليس بناء على تهديدات ومواقف خارجية.

وحسب نظرية باركلي فإن اضطراب ضعف الانتباه هو نتاج لضعف التحكم بالذات وليس لعدم الانتباه وهذا يعني أنه: أن الأشخاص الذين لديهم هذا الاضطراب (نمط ضعف الانتباه)، قد لا تتقنهم المهارات والمعرفة لكي ينجحوا ، ولكن مشكلتهم في التحكم بالذات والتي تمنع استفادتهم من المعرفة والمهارات التي يمتلكونها في الوقت المناسب. فمشكلة ضعف الانتباه كما صورها باركلي تكمن في أن يفعل الفرد ما يعرف في الوقت المناسب وليس في أن يعرف ما سيفعل ، فقد يعرف الطفل الخطوات التي يجب أن يتبعها للنجاح بعمل مدرسي مثلاً ، ولكنه يفشل في أداء

العمل لأن تحكمه في الوقت كان غير مناسب أو أن استخدامه للأهداف طويلة المدى لتقود سلوكه كان محددًا . ويقترح باركلي لعلاج هذه المشكلات بأن يتم التركيز على مساعدة الأفراد الذين لديهم ضعف انتباه على تطبيق المعرفة التي لديهم في الوقت المناسب بدلا من تعليمهم كيف يكتسبون المهارات اللازمة لتلك المعرفة. كما يقترح متابعة الأطفال من المعلمين وتركيزهم على المهام المطلوبة والقوانين والتي تحكم العمل أو السلوكيات من وقت لآخر، كذلك استخدام إشارات ولوحات في الفصل لتحقيق ذلك. (محاسن مهدي عمر الحسين، 2015، ص12)

3_ اسباب اضطراب فرط النشاط المصحوب بنقص الانتباه:

لم يتفق الباحثون حول الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بالنشاط الزائد حيث يشير بعضهم إلى أن النشاط الزائد يرجع إلى العوامل الوراثية ، و يشير آخرون إلى أهمية العوامل الفسيولوجية كاضطرابات الغدد و ضغط الدم في الإصابة بالنشاط الزائد ، و يشير آخرون إلى أنه يرجع إلى وجود تلف في المخ لذلك يوصي هؤلاء باستخدام العلاج الطبي مع الأطفال و تناول العقاقير ، بينما يرى باحثون آخرون أن معظم أسباب النشاط الزائد ترجع للعوامل البيئية و الإجتماعية و النفسية وفي مايلي اهم هذه الاسباب:

⇒ العوامل البيولوجية:

*العوامل الوراثية: تلعب العوامل الوراثية دورا هاما في إصابة الأطفال باضطراب النشاط الزائد و ذلك إما بطريقة مباشرة من خلال نقل المورثات التي تحملها الخلية التناسلية لعوامل وراثية خاصة بتلف أو بضعف بعض المراكز العصبية المسؤولة عن الإنتباه بالمخ ، و إما بطريقة غير مباشرة من خلال نقل هذه المورثات لعيوب تكوينية تؤدي إلى تلف أنسجة المخ و التي بدورها تؤدي إلى ضعف نموه بما في ذلك المراكز العصبية الخاصة بالإنتباه ، و قد أشارت الدراسات إلى أن 10 % من آباء الأطفال مفرطي النشاط كانت لهم نفس الأعراض في طفولتهم.(محفوظة بنت سالم، 2014، ، ص19).

***خلل في وظائف المخ:** اذ يحدث الخلل أو التلف في القسم الأوسط لدماع الطفل فينتج عنه عجز في وظائف الدماغ ، و مع اختلاف الأسباب المؤدية إلى العجز الوظيفي إلا أنها تؤثر على نمو الفرد الدماغي بالشكل الطبيعي .

و قد تكون من ضمن الأسباب المؤدية إلى الخلل الوظيفي للدماغ بحسب ما أشارت إليه مجموعة من الدراسات نشاط الجزء تحت القشري في الدماغ أو نتيجة ضعف نمائي يعود لأسباب متباينة مثل : الأورام أو نقص الأكسجين في الأنسجة .

***خلل في الجهاز العصبي:** و قد يصاب الطفل بخلل في جهازه العصبي بسبب تأخر نضجه أو إصابته خلال فترة الحمل كنتناول الأم لأدوية معينة أو إصابة الأم ببعض الأمراض خلال حملها كذلك تعرضالطفل لبعض السموم مثل:الرصاص.

***خلل كيميائي في الناقلات العصبية:** تشير الدراسات الحديثة إلى أن اضطراب النشاط الزائد يعود إلى خلل كيميائي في الناقلات العصبية ، و الناقلات العصبية هي عبارة عن قواعد كيميائية تعمل على نقل الإشارات العصبية بين المراكز العصبية المختلفة بالمخ ، و من أهم تلك النواقل (النورأدرينالين) و(الدوبامين) و على وجه الدقة الآثار الطرفية ، فحدوث اختلال لتوازن هذه الناقلات يؤدي إلى اضطراب ميكانزم الإنتباه فتضعف قدرة الفرد على الإنتباه و التركيز و الحرص من المخاطر ويزداد اندفاعه و نشاطه الحركي.(**محفوظة بنت سالم ،2014، ص 22**)

⇨العوامل النفسية:

توجد مجموعة من العوامل النفسية التي تؤدي إلى حدوث النشاط الزائد لدى الطفل منها:
الضغوط النفسية ، القلق ، التوتر ، الإحباط الشديد ، عدم الشعور بالأمن ، تدني مستوى الثقة بالنفس ، و عدم القدرة على التعبير، فالضغوط النفسية و الإحباطات الشديدة من العوامل النفسية التي تسهم في حدوث هذا الإضطراب كذلك الرفض المستمر للطفل و اشعاره بالدونية و عدم القبول لأعماله و تصرفاته و تحطيم معنوياته مما يجعله ينسحب إلى عالمه الخاص . (**محفوظة بنت سالم ،2014، ص 25**).

☞ العوامل البيئية:

قد تلعب العوامل البيئية دورا في ظهور أعراض النشاط الزائد لدى الطفل ، و يبدأ تأثير هذه العوامل منذ أن كان الطفل جنينا في بطن أمه ، و يمكن تقسيم تأثير هذه العوامل خلال ثلاث مراحل ، هي: . (محفوفة بنت سالم ، 2014، ص 20)

***مرحلة الحمل :** فالأم أثناء حملها قد تتعرض للأشعة السينية أو أشعة X أو قد تتناول أدوية خلال الثلاث شهور الأولى للحمل أو قد تصاب ببعض الأمراض أثناء الحمل كالحصبة الألمانية أو الزهري أو السيلان أو تعاطيها للكحول أو المخدرات أو نقص التغذية أثناء الحمل ، كل ذلك يؤدي إلى احتمال إصابة الجنين بتلف في المخ أو في الجهاز العصبي المركزي.

***مرحلة الولادة :** هناك بعض العوامل التي تحدث أثناء عملية الولادة تتسبب في إصابة مخ الجنين أو تلف بعض خلاياه مما يؤدي إلى ضعف قدرة المخ على معالجة المعلومات ، و ينعكس ذلك بدوره على العمليات العقلية الخاصة بالإنتمباه و التحكم في السلوك مما يؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب النشاط الزائد .

***مرحلة ما بعد الولادة :** فكثرة ارتطام رأس الطفل بشدة على الأرض أو إصابة الطفل ببعض الأمراض المعدية مثل الحمى القلاعية و الإلتهاب السحائي و الحمى القرمزية تؤدي إلى إصابة بعض المراكز العصبية بالمخ خاصة المسؤولة عن الإنتمباه و التركيز .

☞ العوامل الاجتماعية :

أظهرت نتائج العديد من الدراسات أن كثيرا من الأطفال يعانون من النشاط الزائد بسبب الظروف الاجتماعية و النفسية المحيطة بهم ، و من أهم العوامل الاجتماعية التي قد تسبب هذا الإضطراب لدى الطفل ، ما يلي: . (محفوفة بنت سالم ، 2014، ص 23)

***سوء اساليب المعاملة الوالدية:** إن الطفل يحتاج إلى الحب و القبول و الدفء العاطفي من والديه مثل حاجته للغذاء و الكساء ، لذلك فإن أساليب المعاملة الوالدية الصحيحة التي يشعر الطفل منها بالإهتمام و الحب من والديه تؤدي إلى توافقه النفسي و الإجتماعي ، أما أساليب

المعاملة الوالدية الخاطئة التي تتسم بالرفض الصريح و الإهمال و اللامبالاة بالطفل و العقاب البدني أو النفسي المتكرر والشديد و التي يشعر الطفل منها بأنه منبوذ و غير مرغوب فيه فإنها تؤدي إلى إصابة الطفل بالنشاط الزائد .

***عدم الاستقرار داخل الاسرة :** إن الأسرة غير المستقرة من الناحية الإقتصادية و الإجتماعية و النفسية و كذلك عدم التوافق الزوجي و سوء الإنسجام الأسري أو إيمان أحد الوالدين أو سفر أحدهما أو وفاته ،يترتب عنه ميول الطفل للإثارة و عدم التركيز .

***خبرة دخول المدرسة:** قد تكون البيئة المدرسية الجديدة معقدة بالنسبة للطفل مقارنة بالبيئة الأسرية المنزلية بل قد تمثل عبئا جديدا على الطفل ، و تسهم الخبرات المدرسية بشكل فعال في نشأة هذه الإضطرابات من ناحية اضطراب علاقة الطفل بمدرسيه الأمر الذي يؤدي لضعف قدرته بنفسه و شعوره بالخوف و الفشل و تكرار

4_ اعراض اضطراب فرط النشاط المصحوب بنقص الانتباه :

تقسم الاعراض الى ثلاث فئات : (نورة عامر ،20016، ص198).

☞**الفئة الاولى:** تضم اعراض ومعايير عدم الانتباه.

استمرار ستة أو أكثر من اعراض عدم الانتباه التالية لمدة ستة أشهر على الأقل الى درجة سوء التكيف وعدم التوافق مع المستوى التطوري:

- غالبا ما يخفق في إعاة الانتباه للتفاصيل أو يرتكب أخطاء طيش في الواجبات المدرسية أو في العمل أو في النشاطات الأخرى.

- لديه غالبا صعوبة في المحافظة على الانتباه في أداء العمل أو في ممارسة الأنشطة.

- غالبا ما يبدو غير مصغ عند توجيه الحديث إليه.

- غالبا لا يتبع التعليمات ويخفق في إنهاء الواجب المدرسي أو الأعمال الروتينية اليومية أو الواجبات العملية (ليس لسبب سلوك معارض أو إخفاق في فهم التعليمات).

- غالبا ما يكون لديه صعوبة في تنظيم المهام و الأنشطة.
- غالبا ما يتجنب أو يمقت أو يرفض الانخراط في مهام تتطلب منه جهداً عقلياً متواصلًا (كالمعلم للمدرسي أو الواجبات في المنزل).
- غالبا ما يضيع أغراضا ضرورية لممارسة مهامه وأنشطته (كالألعاب أو الأقلام أو الكتب أو الأدوات).
- غالباً ما يسهل تشتيت انتباهه بمنبه خارجي.
- كثير النسيان في حياته اليومية.

الفئة الثانية: تضم أعراض ومعايير فرط النشاط. (نورة عامر، 2006، ص198).

- غالباً ما يبدي حركات تملل في اليدين أو القدمين أو يتلوى في كرسيه.
- غالباً ما يغادر مقعده في الصف أو في حالات أخرى ينتظر فيها منه أن يلازم مقعده.
- غالباً ما ينتقل من مكان إلى آخر أو يقوم بالتسلق في مواقف غير مناسبة (قد يقتصر الأمر عند المراهقين أو الراشدين على إحساسات ذاتية بعدم الصبر والانزعاج).
- غالبا ما يكون لديه مصاعب في اللعب أو الانخراط بهدوء ضمن نشاطات ترفيهية.
- غالباً ما يكون دائم النشاط أو يتصرف كما لو أنه مدفوع بمحرك "على نابض".
- غالباً ما يتحدث بإفراط.

الفئة الثالثة: تضم أعراض ومعايير الاندفاعية.

- غالباً ما ينطق بأجوبة قبل اكتمال الأسئلة.
- غالباً ما يجد صعوبة في انتظار دوره.
- غالبا ما يقاطع الآخرين أو يقحم نفسه في شؤونهم) مثلا يحشر نفسه في أحاديثهم أو ألعابهم.

- وجود بعض أعراض فرط الحركة الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه والتي سببت اختلالاً ، قبل عمر السبع سنوات.

- وجود درجة محددة من الاختلال الناجم عن الأعراض في بيئتين أو أكثر (مثلاً في المدرسة أو العمل وفي المنزل)

5_ الأساليب العلاجية لاضطراب فرط النشاط المصحوب بنقص الانتباه:

نظراً لتعدد الأسباب المتوقعة لهذا الاضطراب ، وتعدد طرق تشخيص أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ، وتعدد اتجاهات المعالجين والأخصائيين، فقد تنوعت الأساليب العلاجية المستخدمة للحد من هذه الأعراض ومنها: (سعيد الدراس، وآخرون ، 2010، ص 71).

*العلاج الطبي :حيث استخدم العلاج الطبي عبر الأدوية والعقاقير الطبية ، و تقسم الأدوية المستخدمة لعلاج أعراض اضطراب فرط الحركة، وتشتت الانتباه إلى نوعين أساسيين، أولاهما العقاقير المنشطة أو المنبهة ، وثانيهما هي العقاقير المضادة للاكتئاب.

*العلاج السلوكي :عبر تقنيات تعديل السلوك والأساليب المعرفية فيرى بأن محور اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه هو شدة تكرار السلوكيات الموجودة لدى الأطفال المصابين بالمقارنة مع الأطفال الطبيعيين، ولحد من هذه السلوكيات واستبدالها بأخرى تكيفيه فإنه لابد من استخدام التقنيات المبنية على نظريات التعلم وذلك من خلال ضبط المتغيرات والظروف البيئية ذات العلاقة، واضعين بعين الاعتبار أن العلاجات الدوائية وإن كانت أثبتت نجاحاتها مع العديد من الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه إلا أنها لم تتجح مع جميع المصابين من ناحية ، كما أنها تعمل على الحد من الأعراض غير التكيفية للاضطراب دون تزويد الطفل بسلوكيات تكيفيه أخرى بديله من الناحية الأخرى .

*برامج تدريب الوالدين: تركز في فنياتها العلاجية على إيصال الوالدين لمرحلة من النقل لما يعانیه أطفالهم من اضطرابات في الانتباه واندفاعية وفرط في الحركة ، الأمر الذي يساعدهم على التعامل مع أطفالهم بفعالية وإيجابية ,واضعين بالاعتبار أن مثل هذه السلوكيات قد تؤدي إلى اضطراب علاقة الطفل

بوالديه وبخاصةً عندما يفتقر الأهل للمعلومات الكافية عن هذا الاضطراب، أو عند نقص الخبرة في التعامل مع الأطفال وبخاصةً عندما يكون الطفل المصاب هو الطفل الأول لديهم.

*برامج الحماية الغذائية : فيؤكد أصحاب هذا الاتجاه على دور بعض الأطعمة، مثل: السكريات ، والألوان الصناعية ، والروائح الصناعية ، والمواد الحافظة على اضطراب فرط الحركة ، وتشنت الانتباه ، وعليه فإنهم يرون أن عمل نظام غذائي خاص للأطفال المصابين بهذا الاضطراب من شأنه خفض أعراض فرط الحركة وتشنت الانتباه ، ومن مميزات هذا النوع من العلاج أنه لا ينتج عنه أية أعراض جانبية أو خطورة على الصحة ، كما أنه يمكن إيقافه مباشرة دون ردود افعال سلبية ، كما انه اقل تكلفة من الدواء.

*النموذج العلاجي متعدد الواجه : تبنت بعض الدراسات الحديثة النموذج العلاجي متعدد الأوجه الذي يشترك ضمن إطاره الأهل والمعلمون والأخصائيون في بناء الخطة العلاجية للطفل وتنفيذها ، وذلك بهدف زيادة كفاءة الطفل الاجتماعية مع والديه ورفاقه وإخوانه ، والحد من سلوكياته غير المرغوبة ، وتدعيم مفهومه وتقديره لذاته ، بالإضافة إلى تطوير قدرته على الاستقلالية في جميع نواحي حياته ، و يشتمل البرنامج العلاجي متعدد الأوجه على دمج أكثر من أسلوب علاجي منفرد ضمن البرنامج العلاجي الواحد ، وقد يضم البرنامج أثنين أو أكثر من الأساليب التالية : العلاج الطبي ، والحماية الغذائية ، وبرامج تعديل السلوك وبرامج تدريب الوالدين وتعديل السلوك والبرامج المعرفية .

وقد أشارت الدراسات أن استخدام النموذج العلاجي المتعدد يعتبر من أنجح الطرق التي تساهم في الحد من أعراض اضطراب فرط الحركة وتشنت الانتباه ، حيث بلغت نسبة نجاح هذا النموذج ما يقارب (90 %) من الأطفال المطبق عليهم ممن هم في عمر المدرسة الابتدائية. (سعيد الدراس، واخرون ، 2010، ص 72).

المحاضرة الثامنة: المجموعة 2 من اشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

1_ القلق :

يعتبر القلق من الاضطرابات النفسية او الانفعالية الشائعة ، كما انه سمة رئيسية في معظم الاضطرابات ، نجده بين الاسوياء في مواقف الازمات ، كما نجده مصاحبا لكل الاعراض العصابية و الذهانية على السواء ، ويرى الباحثون ان القلق هو سمة العصر الحديث بأزماته وطموحاته ومناقساته الحادة .

وقد ساد الاعتقاد حتى فترة قريبة بان القلق اضطراب يصيب الراشدين فقط،وانه مرتبط بتقدم العمر، ولكن هناك اتفاق الان على ان القلق يصيب الاطفال كما يصيب الراشدين.

1_1 مفهوم القلق:

_عرفه كفاي (1984): بأنه خبرة انفعالية مكدره او غير سارة ، يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد او مخيف ، او عندما يقف في موقف صراعي او احباطي ، وكثيرا ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية الشعورية بعض المظاهر الفسيولوجية ، كما قد تتأثر بادراك الفرد للموضوعات المحيطة به في موقف القلق. (ايمان حمدي درويش الزعلان، 2015، ص11).

_عرفه ابو اسحاق (2000): حالة من الخوف الشديد الغامض لا يعرف لها سبب، تصيب الفرد وتجعله مشتتا غير مستقر، وغير قادر على التركيز ، يتوقع حدوث الشر في اي وقت ، وغالبا ما يكون مصاحبا بنوعين من الاعراض : عضوية ونفسية.

_يرى فرويد (FREUD): ان القلق عبارة عن نوع من الانفعال المؤلم يكتسبه الفرد ويكونه خلال المواقف التي يصادفها ،فهو يختلف عن الاحباط او الغضب او الغيرة لما يسببه من تغيرات جسمية داخلية يحس بها الفرد و اخرى خارجية تظهر على ملامحه بوضوح . (شادي فاطمة ، 2019، ص97).

يرى دولارد وميلر: ان القلق يمثل مشاعر بغیضة مشابهة للخوف الذي يظهر دون تهديد خارجي واضح ، وقد يكون القلق حالة سيكولوجية اولية ، او عرضا لمرض جسمي ضمني او حالة مرضية (Walker and Ropert 1983).

_ وينظر للقلق كذلك على انه خلل يصيب السياق لنشاطات الانسان في خبرة او اكثر، وبعض مظاهر القلق يمكن اعتبارها عارضا طبيعيا يزول دون ان يترك اثارا سلبية على كفاءة الشخص ، ومنها مايتجاوز ذلك لينغص على الفرد حياته. (Barlow and David 1998).

_ وضعت الرابطة الامريكية للطباء النفسيين الدليل التشخيصي و الاحصائي للإمراض ، و صدر الدليل الاول عام 1952، في حين صدر الدليل الرابع عام 1994، و اخيرا الدليل الرابع المعدل عام 2000، وكانت فئة القلق موجودة في كل الطبقات الاربع لهذا الدليل على الرغم من اختلاف موقعه من طبعة الى اخرى، وقد كانت اضطرابات القلق تصنيفا اساسيا ويشتمل على الفئات الفرعية الاتية: (توفيق عبد المنعم توفيق ص 23).

- اضطراب الهلع
- الخوف من الاماكن الواسعة
- مخاوف محددة
- المخاوف الاجتماعية
- اضطراب الوسواس القهري
- اضطراب الضغوط التالية للصدمة
- اضطراب الاعصاب الحاد
- اضطراب القلق العام
- اضطراب القلق نتيجة لحالة طبية معينة
- اضطراب القلق الناتج عن تعاطي مواد معينة

1_2_ النظريات المفسرة للقلق:

تعددت النظريات المفسرة للقلق وذلك بتعدد المدارس النفسية ، واختلفت باختلاف التوجهات النظرية للعلماء ومن بينها:

☞ **النظرية البيولوجية:** تؤكد على دور الجهاز العصبي المركزي ، فقد يكون القلق ردة الفعل غير المتعلمة والتي تنشط من خلال اختلال الوظيفة البيوكيميائية للدماغ كما في حالة اضطراب الهلع، في حين ان الصور الاخرى للقلق تكون متعلمة ، وهناك بعض الدراسات تشير الى اثر العامل الوراثي للاضطراب كما في اضطراب الفزع و الرهاب اما تأثيرات البيئة المحيطة فتبدو اعظم في حالات المخاوف المرضية.(Olmans and Thomas1998)

☞ **نظرية التحليل النفسي:**

يعتبر فرويد من بين المرجعيات الاساسية لهذه النظرية، فقد اهتم بدراسة ظاهرة القلق من خلال ملاحظاته العيادية على الحالات العصابية التي كان يعالجها ،وميز فرويد بين نوعين من القلق: القلق الموضوعي والقلق العصابي ، وكما هو معلوم فان فرويد يمتاز بثنائياته في تفسيراته،ومر تفسير القلق لديه بمرحلتين:

✓نظرية فرويد الاولى في القلق (1916_1917) وفسر القلق على اساس منع الرغبة الجنسية من الاشباع فتتحول الطاقة النفسية المرتبطة بالدافع الجنسي "الليبدو" الى قلق.

✓نظرية فرويد الثانية (1936):فقد عدل فرويد من نظريته الاولى و اكد ان جميع المخاوف المرضية في اساسها رغبة جنسية تم كبتها.

لاحظ فرويد ان القلق عبارة عن خوف غامض يختلف عن الخوف العادي الذي يكمن مصدره خطر خارجي معروف ، ولذلك ميز فرويد بين نوعين من القلق، القلق الموضوعي والقلق العصابي ، هذا الاخير ينشأ عند الفرد دون ان يعرف له سبب محدد وهو يتسم بالغموض ،وكان فرويد قد اشار في اول الامر ان القلق ينشأ عن كبت الرغبات الجنسية في اللاشعور على اساس علاقة القلق بالحرمان الجنسي ، المخاوف المرضية، والهستيريا و العصاب القهري ، لكنه عدل

عن ذلك في نظريته الثانية ، وطور فرويد خلال هذه النظرية بعضا من ارائه المرتبطة ، وذلك من خلال تعديل مفهوم العلاقة بين القلق الموضوعي والقلق العصابي ، وقد استطاع ان يجد هذه العلاقة في اعتبار كل منهما رد فعل لحالة خطر، فالقلق الموضوعي رد فعل لخطر خارجي معروف ، اما القلق العصابي فهو رد فعل لخطر غريزي داخلي ، وبان الانا هو منشأ القلق بما تحركه من كمونات عقلية لمواجهة الغمر النزوي،و بهذا التصور عدل فرويد فيه عن رأيه وتبين له من خلال دراسة القلق العصابي بأن القلق هو المسبب الحقيقي للكبت وليس العكس(حافري زهية غنية، 2016،ص 37).

➡ _ النظرية السلوكية:

من الأعمال الرئيسية لمدارس التعلم تلك التي قال بها (جون دولارد و نيل ميلر) وقد أخذت نظريتهما في القلق شكل العمل التجريبي الذي يتصف به العمل في موضوع التعلم .

وفيما يلي ملخصا لنظرية (دولارد وميلر) في التعلم لفهم اراء العاملين في القلق تسمى القوى الدافعة بالدوافع ، وأن أهم خصائص الدافع هو أنه يشحن الكائن بالطاقة للبحث عن طريقة ما ليقلل من درجة شدة الحاجة.

الدوافع الأولية: هي تلك الدوافع التي يولد بها الكائن مثل الجوع،العطش، الجنس، وهي مكونات الهو عند " فرويد" وهي محدودة في عددها.

الدوافع الثانوية: تعتبر أكثر أهمية تأثيرا وهي تكتسب من خلال وجود الكائن ومن خلال عملية التعلم، وعدد هذه الدوافع لا نهاية له.

يتم تعلم الدوافع الثانوية بالمكافأة أو العقاب بكل ما تحمله هاتين الكلمتين من معنى، وتسمى هذه المكافآت والعقوبات والتي تؤثر في ظهور السلوك بالتدعيم.

وتبعا " لدولارد " يعتبر القلق دافعا ثانويا ، وتقترح نظريتهما كيفية تعلم القلق وكيف يصبح مرتبطا بالموضوعات والحوادث.

وبشير (دولارد وميلر) إلى الدافع الأولي لتجنب الألم الفسيولوجي وتعتمد قوة الدافع أساسا على عدد التدعيمات بمعنى عدد المناسبات التي يصاحب فيها موضوع أو حادث الخوف بالألم، وأيضا يعتمد على شدة التدعيم، فكلما زاد عدد الخبرات المرتبطة وكلما زادت حدة الألم كلما ازد الخوف أو القلق.

القلق من وجهة النظر السلوكية هو استجابة اشتراطية لمثير لا يدعو للخوف أو القلق، ولكن تكرر هذه الإستجابة يؤدي إلى تضمينها حسب الإستعداد الشخصي للفرد. (رامي عبد اللطيف الزقزوق، 2013، ص ص 29،30).

⇒ النظرية المعرفية:

يشير (كلارك) وآخرون إلى أن خبرات الطفولة المؤلمة تجعل الطفل يكون صيغة سلبية اجمالية عن الذات، تظهر في تركيز الطفل انتقائيا وتخيله وترديده للأفكار التي تتضمن توقع للمخاطرة والتهديد، مما يجعله يحرف كل الخبرات التي يمر بها في اتجاه التوقع المستمر للخطر، فيصبح الخوف من الخطر كأمن الموقف، أوخطرا قادمًا من المستقبل، وهذا التوقع المستمر للخطر يتدخل في تقييم الفرد للمواقف المثيرة للقلق تقييما موضوعيا، فهو يبالغ في تقدير الخطر الكامن في الموقف ويقلل من قدرته على مواجهة هذا الخطر، مما يجعله في حالة قلق مستمر، وهذا جعل (بيك) يعتقد أن توقع الكوارث وتوجس الفرد هو مؤشر هام ذو دلالة للتنبؤ بالقلق. (اغمين نديرة، 2018، ص 25).

1_3 اسباب القلق: من اهم مسببات القلق :

*الاستعداد الوراثي : تشير بعض الدراسات الى احتمال تدخل العامل الوراثي كعامل من عوامل الاستعداد للقلق ، فقد اثبتت هذه الدراسات وجود تشابه في الجهاز العصبي المستقل واستجابته للمنبهات الخارجية لدى التوائم ، وقد وجد في بعض الدراسات ان نسبة القلق بين التوائم المتشابهة تصل الى 50 بالمئة في مقابل 4 بالمئة ،فقط بين التوائم غير المتشابهة ، وان 15 بالمئة من ابناء واخوة ومرضى القلق يعانون من نفس المرض. (نيرة محمد صباح حسن كجة، 2013، ص ص 34،35).

*الاستعداد النفسي :تساعد بعض الخصائص النفسية على ظهور القلق ، ومن ذلك الضعف النفسي العام ، والشعور بالتهديد الداخلي او الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية المناسبة لمكانة الفرد واهدافه، والتوتر النفسي الشديد ، والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه،وتعود الكبت بدلا من التقدير الواعي لظروف الحياة ، وعدم تقبل مد الحياة وجزرها ، كما يؤدي فشل الكبت الى القلق ، وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجي الذي يواجه الفرد او لطبيعة الضغوط الداخلية التي تسببها رغبات الفرد الملحة.

*العوامل الاجتماعية: وفقا لغالبية نظريات علم النفس تؤكد على اهمية هذه العوامل كعوامل اساسية لاحداث القلق ولا شك في ان حصر مثل هذه الاسباب امر مستحيل، لتعددتها وتشعب جوانب الحياة المقلقة ، وتشمل هذه العوامل مختلف الضغوط كالازمات الحياتية ،والضغوط الحضارية والثقافية والبيئية المشبعة بعوامل الخوف والحرمان والوحدة وعدم الامان ، واضطراب الجو الاسري ،واساليب التعامل الوالدية القاسية والفشل في الحياة والفشل الدراسي والمهني والزواجي ...الخ كلها عوامل مساعدة لظهوره.

1_4 اعراض القلق :

القلق يرتبط بمجال واسع من الاعراض تكون على المستوى الجسدي والمعرفي والسلوكي ، ويمكن تلخيص اهم هذه الاعراض في مايلي :

☞ _ **الاعراض النفسية:** و تظهر في مايلي : (نيرة محمد صباح حسن كجة، 2013ص35).

_ ضغط او شدة يشعر بها الشخص القلق ويشعر معها بالكدر

_ شعور بالخوف لا يستطيع الشخص القلق تسميته .

_ يميل الشخص القلق الى توجس وتوقع الشر .

_ يميل الى توتر واضطراب الاعصاب

_ قد ترتبط حالة القلق بافكار خاصة او موضوعات خاصة كالموت.

☞ _ الاعراض الفسيولوجية:

_ فقد الشهية للطعام

_ انقباض القلب وخفقانه وارتفاع ضغط الدم

_ شحوب وغثيان وتعرق وارتجاف الأطراف

_ ودوار شديد، مع كثرة التبول و اسهال وانتفاخ في البطن.

_ و غصة في الحلق وعدم استقرار حركي.

_ يصحب عُصاب القلق (توهم المرض) وهو الانشغال الزائد بأمراض يوهم المريض نفسه أنه مصاب بها

في حين أنه صحيح سوي، أو الاهتمام الزائد بأعضاء الجسم و أجهزته حين تضطرب اضطرابًا خفيفًا لا

يستحق كل هذا الانزعاج. وكثيرًا ما يدعي الشخص القلق المرض عن قصد أول الأمر ثم لا يلبث أن يعتقد بانه مريض. (طارق الهاشمي علي، 2018، ص522).

☞ الاعراض الاكلينيكية (العيادية) للقلق النفسي :

* حالة الخوف الحاد: وُهنا يظهر التوتر الشديد والقلق الحاد المصحوب بكثرة الحركة، وعدم القدرة على الاستقرار مع سرعة التنفس، والكلام السريع غير المترابط، مع نوبات من الصراخ والبكاء تكون مصحوبة بجفاف الحلق، و اتساع حدقة العين وشحوب الجلد، و الإرتجاف الشديد للأطراف سواء الذراعين أو الساقين، وقد تؤدي سرعة التنفس أحيانًا إلى تقلصات عضلية أو غماء ويصيب الفرد الإعياء الشديد بعد هذا الخوف الحاد.

* حالة الرعب الحاد : وأهم ما يميز هذه الحالة هو عدم الحركة والسكون المستمر مع تقلص العضلات والارتجاف مع ظهور عرق بارد غزير ،وهنا لا يستطيع المرء إعطاء معلومات وافية عن حالته ، بل أحيانًا لا يعرف المكان و الزمان، وكثيرًا ما يتعرض هذا السكون الحركي اندفاع

مفاجئ يجري أثناءه دون هدف وفي المواقف العسكرية أحيانا ما يجري ناحية العدو، أما في المواقف الأخرى فكثيرا ما يهاجم بل ويقتل من يقابله وهذا القلق الخبيث يحدث في المجتمعات البدائية.

* اعياء القلق الحاد: عندما يستمر القلق لمدة طويلة يصيب الفرد إجهاد جسيم ويصاب بأرق شديد لعدة أيام ، ويظهر هذا الإعياء أثناء الانسحاب العسكري والبراكين والزلازل والحرائق والكوارث العامة ، ويبدو الوجه جامد دون عاطفة ، شاحبا غير منفعل مع التبدل الذهني، والسير بطريقة أوتوماتيكية بطيئة دون معرفة اتجاهه، أما إجابته عن الأسئلة فتأخذ نمطا واحدا مختصرا ، وأهم مميزات هذه الحالة هو الأرق الحاد الذي لا يستجيب أحيانا للعقاقير المنومة.

وعندما يستمر القلق الحاد لمدة طويلة دون شفاء أو عندما يكون الإجهاد بطيئا بحيث لا يسبب أي نوع من أنواع القلق الحادة ، فهنا يتعر المرء لما يسمى بالقلق المزمن.(رامي عبد اللطيف الزقزوق، 2013، ص ص ،40،39).

1_5 علاج القلق : تتعدد المداخل التي تتعامل مع اضطراب القلق العام ويمكن تلخيصها في النقاط الآتية:

☞ **العلاج الدوائي :** قبل البدء بإجراءات العلاج النفسي ، وفي حالات القلق الشديد عند الاطفال ، يمكن استخدام بعض المهدئات مثل : الليبيريوم، والفالسيوم ، او باعطاء بعض العقاقير الخاصة بالهرمونات العصبية في مراكز الاتصال بالمخ مثل : اليناميد ،والملازبلان ...الخ، كما يمكن استخدام جهاز خاص لتدريب المريض على التحكم في بعض وظائف الجهاز العصبي المستقل.(احمد محمد الزعبي،2013،ص 53).

☞ **العلاج النفسي :**

يساعد على الاسراع في علاج القلق العام ومدى قدرة الفرد على الاستبصار بمشكلته واقتناعه الذاتي بأسبابها الحقيقية و يزيد من سرعة العلاج ، الكشف المبكر لحالات القلق لدى الاطفال ،

والارشاد والتوجيه النفسي لعلاج مشكلات الفرد ومساعدته على تعديل سلوكه وتعديل بيئته وتنمية قدراته الخاصة (اسامة فاروق مصطفى، 2010، ص 335).

☞ **العلاج السلوكي:** حيث يستخد التحصين التدريجي او المنظم الذي ابتدعه (ولبي) حيث يشجع الطفل (خاصة اذا كان عمره يسمح بذلك) على اعداد مدرج القلق على شكل قائمة متدرجة من المواقف التي تشير الى القلق عنده ، ثم يدرّب على الاسترخاء في جلسات حيث يتخيل خلالها المواقف المقرفة عنده بدءاً بأضعفها وانتهاءً بأقواها ن ثم يطلب منه معايشة امثال هذه المواقف الفعلية.

☞ **العلاج العقلاني الانفعالي:** يعتمد على مناقشة الافكار غير المنطقية لدى المريض واحلال افكار منطقية بدلا منها وبذلك تتغير انفعالات المريض ، وهذا بدوره يؤدي الى تغيير سلوكه المرضي .

☞ **العلاج البيئي:** المقصود بالعلاج البيئي هو تغيير العوامل البيئية ذات الاثر الملحوظ في اثاره القلق مثل تخفيف اعباء الطفل او الفرد للضغوط المؤثرة عليه ومثيرات التوتر ومحاولة تعديل اتجاهات افراد الاسرة نحو المريض بما يساعد على شفائه. (اسامة فاروق مصطفى، 2010، ص 336).

2_ الانسحاب الاجتماعي :

2_1 تعريف الانسحاب الاجتماعي:

_ يعرفه محمد عادل عبد الله (2003) بأنه: سلوك لا توافقي يعني تحرك الفرد بعيداً عن الآخرين ، وانعزاله عنهم وانغلاقه على ذاته ، وعدم رغبته في إقامة علاقات أو صداقات تربطه بهم أو تجعله يندمج معهم (انسحاب من التفاعلات الاجتماعية)، واجتنابه للمواقف الاجتماعية التي تجمعهم بهم، وابتعاده عنها (انسحاب من المواقف الاجتماعية). (نضال عبد الناصر فهمي ابو زهرة ، 2011، ص 30).

_ ويعرفه عبدات روجي(2005): بأنه "الميل إلى تجنب التفاعل الاجتماعي والإخفاق في المواقف الاجتماعية بشكل مناسب، والافتقار إلى أساليب التواصل الاجتماعي، ويتراوح هذا السلوك بين عدم إقامة علاقات اجتماعية، وبناء صداقة مع الأقران إلى كراهية الاتصال مع الآخرين، والانعزال عن الناس والبيئة المحيطة، وعدم الاكتراث بما يحدث فيها، وقد يبدأ في سنوات ما قبل المدرسة ويستمر فترات طويلة وربما طوال الحياة.

_ وعرفه بيترسون (2002): شعور الأطفال بأنهم وحيدون ولا احد غيرهم يواجه مشاكلهم في محيطهم وليس لهم من يؤيد اتجاههم وهم غير قادرين على مواجهة الصعوبات وهذه الصعوبات تؤدي إلى خفض الذات(Peterson and all :2002).

_ ويعرف كذلك بأنه نمط من السلوك يتميز بابعاد الفرد نفسه عن القيام بمهمات الحياة العادية، ويرافق ذلك احباط وتوتر وخيبة امل ، كما يتضمن الانسحاب الاجتماعي الابتعاد عن مجرى الحياة الاجتماعية ، ويصحب ذلك عدم التعاون ، وعدم الشعور بالمسؤولية واحيانا الهروب بدرجة ما من الواقع.(Reber.A1987).

2_2 النظريات المفسرة للانسحاب الاجتماعي:

اختلفت وتعددت النظريات المفسرة للسلوك الانسحابي باختلاف المدراس التي ينتمي اليها روادها ومنها:

1_2_2 المنظور النفسي:

☞ نظرية التحليل النفسي:

شرح فرويد 1939 أسباب هذا السلوك وارجع هذا السلوك (الانسحاب) الى مرحلة الطفولة المبكرة لا سيما خمس سنوات الاولى اذ ان الخبرات التي يتعرض لها الطفل في هذه المرحلة تؤثر في شخصيته مستقبلاً . و اكد على حاجات الطفل اذا ما اشبعت بصورة كافية فأن جانباً من شخصيته يتوقف او يعيق نموه الى درجة ما وان هذه الاعاقة في النمو تمنع نمو الأساليب الاجتماعية الأكثر فعالية للتكيف .(سميرة عبد الحسين كاظم ،واخرون ،ص231).

⇒ نظرية اريك اريكسون

ويرى اريكسون ان التوتر النفسي يكمن في ضعف الانا وعدم قدرة الفرد على القيام بوظائفه ، اذا ما استمر التوتر بطريقة غير تكيفية وغير مرضية فأن ذلك يؤدي الى نشوء المركبات النفسية مثل ضعف الثقة بالنفس ، وافتقار الدور ، وانعدام الشعور بالأمن النفسي مما يؤدي الى الشعور ببعض الاضطرابات الوجدانية كالعزلة والابتعاد عن مصادر التوتر النفسي .

2_2_2 المنظور الاجتماعي:

⇒ نظرية كارل روجرز

ويؤكد على ان التطابق بين الذات والخبرة يؤديان الى ترميز سليم للخبرات ، اما التناظر بينها (الذات والخبرة) فإنه يؤدي الى ترميز غير دقيق مما ينجم عنه سوء تكيف نفسي ، و يؤكد روجرز على الحاجة الى الانتماء ، والى الصداقة والمصاحبة والى الاهتمام بالفرد بطريقة ايجابية والى حب الاخرين وتعاطفهم وتقديرهم واحترامهم .

⇒ نظرية بوجاردس:

يرى ان العلاقات الودية والقريبة تساعد الافراد على اقامة الرفاهية وتشبع حاجات المجتمع ، هذا وفسر العالم (مكاينزي) التفاعل الاجتماعي اذ يقول بأن هناك على ما يبدو دافعاً لا يمكن مقاومته هو الذي يدفع الافراد الى ان يعيشوا بالقرب من بعضهم البعض وهذا الميل هو ما يسمى بالتمركز اما اذا انعدم التعاون معهم فأن هذا الشعور يقود الى الانزواء والانسحاب بعيداً عن المجتمع ويكون له همومه ومشاكله التي يطرحها على نفسه ولم يجد لها حلاً سوى القلق والاضطراب والتوتر في داخل نفسه . . (سميرة عبد الحسين كاظم ، واخرون ، ص231).

3_2_2 المنظور المعرفي:

⇒ النظرية المعرفية البنائية:

تغلب قضية التمرکز حول الذات على تطور الطفل اجتماعياً فهو لا يستطيع موازنة أفكاره لذلك يكون منعزلاً أغلب الوقت إذا لم يكن كله إذ لا يبذل جهداً في نقل أفكاره إلى الآخرين وتعمل ذاكرته الحسية فقط أي ان الذاكرة القصيرة المدى و البعيدة المدى غير متطورة او غير عامله .

اذ يحدث النمو المعرفي عندما يواجه الطفل موقفاً يؤدي الى اختلال التوازن ثم يحصل التكيف المعرفي نتيجة التوازن بين التمثيل و الموائمة وإذا كان الطفل التوحدي تحصل لديه عملية تمثيل دون موائمة وذاكرته الحسية هي فقط التي يستخدمها لذلك تبقى خبرات الطفل التوحدي محدودة وفي نطاق الطفل الذي في عمر سنتين فقط ويحتاج من المحيطين تطوير مدركاته الحسية لنقله الى المراحل المتقدمة من النمو من خلال برامج ارشادية وتدريبية. (سميرة عبد الحسين كاظم ،واخرون ،ص232).

جورج كيللي:

تعتمد نظرية جورج كيللي (1905_1967) على ما يسميه (البنى الشخصية) وهذه البنى هي المسؤولة عن تفسير السلوك الصادر من الطفل ، وان مفهوم البنية هو الأسلوب الذي يستخدمه الطفل في النظر الى الاحداث وتفسيرها وكل طفل يرى العالم من خلال عدسته الخاصة ، وان وجهة نظره معناها ان الطفل من خلال البنية يجد تفسيراً لهذا العالم وما ينطوي عليه من الاحداث او وقائع على اساس التفسير الذي يجده في البيئة فأن ذلك يوجه سلوكه وجهة معينة ويفسر كيللي الانسحاب بأنه ينشأ عندما يكون الطفل غير قادر على فهم الخبرات الاجتماعية وتحليل المواقف التي تواجهه في بيئته.

2_3 اسباب الانسحاب الاجتماعي:

إن السنوات الأولى من عمر الطفل تشكل قاعدة أساسية لكمية ونوعية العلاقات الاجتماعية لسنواته التالية التي يشكل فيها قيماً ومفاهيم جديدة عن ذاته. ويطور طرقاً في التعامل مع من حوله ، ويتضح فيها مدى انتمائه إلى الجماعة أو انسحابه منها، وهذه المرحلة تترك آثاراً متعددة في بناء شخصية الطفل.

فالطفل الذي لم تتم لديه الثقة بنفسه و بقدراته، ولم يتسلح بمهارات اجتماعية كافية و مناسبة، و يعيش في مناخ أسري تسوء فيه العلاقات ، وتسوء فيه معاملة والديه له، هو مناخ يبعث على عدم الارتياح، وعدم الشعور بالأمن والانتماء. فأساليب المعاملة الخاطئة الناتجة من تلك العلاقة القلقة تدفع أنا الطفل إلى خلق عالم خيالي بديل عن عالم الواقع تبعث الإقامة فيه على السرور، فإذا انغمس الطفل انغماساً طويلاً في هذا العالم هرباً من واقعه المؤلم شكّل ذلك خطراً على صحته النفسية. إن الانسحاب الخيالي ينغمس فيه الأطفال جميعهم، ولكن في أوقات معينة، وضمن مدة محددة، ولكن الخطر إذا تحول هذا الانسحاب

إلى انسحاب اجتماعي تدريجي هرباً من الواقع المؤلم وطلباً للمتعة في عالم الخيال.(مريم سمعان، 2010ص784).

ويمكن تحديد أسباب الانسحاب الاجتماعي بما يلي:

_الخوف من الآخرين فالتفاعل معهم يصبح مساوياً للألم النفسي بالنسبة للطفل.

_الراشدون غير العطفين أو الغاضبون أو المتوترون يمكن أن يشكّلوا لدى الطفل رغبة في الانسحاب ، إذ يقترن وجود الناس بالألم.

_الخبرات الباكرة القاسية مع الأخوة ، فيصبح الطفل شديد الحساسية والمراقبة لذاته، ويتوقع استجابات سلبية من الآخرين كالإغاظة أو التخويف أو الإحراج. مما يجعله يتجنب الآخرين.

_نقص المهارات الاجتماعية ، قد يتعلم الطفل من أسرته سلوكيات اجتماعية سلبية كعدم النظام، الإغاظة، اختطاف الأشياء، مما يبعد الآخرين عنه.

_ رفض الوالدين لرفاق الطفل: مما يشعره أن الأصدقاء الذين اختارهم ليسوا جيدين، وهذا ينتج لديه شكاً في ذاته، وميلاً إلى الانسحاب، إذ تصبح العلاقة بالآخرين غير ذات قيمة.

_ رفض الوالدين الطفل سواء كان الرفض مقصوداً أو كان غير مقصود، وهذا يدفعه إلى الانسحاب إلى عالم الخيال والأحلام و الأمان، وقد يظهر الرفض على شكل كراهية موجهة من

والوالدين للطفل، أو تسلط، أو إهمال، وقد أثبتت الدراسات أن الطفل في هذه الحالات يميل إلى الانسحاب الاجتماعي.

_ الوالدان اللذان يعرقلان أنشطة الطفل بالحزم الشديد من دون أن يتركوا له فرصة التحدث وإبداء الرأي مما يدفعه إلى الانسحاب. (مريم سمعان، 2010 ص785).

_ من العوامل المؤثرة عدم اختلاط الطفل بأطفال في مثل عمره ، وكذلك بالكبار من خارج أسرته

_ عدم حصول الطفل على إعجاب الجماعة ، فالطفل الذي لا يعتبر نفسه مصدراً لإعجاب الجماعة يكون على استعداد لتنمية الشعور بالدونية والانسحاب.

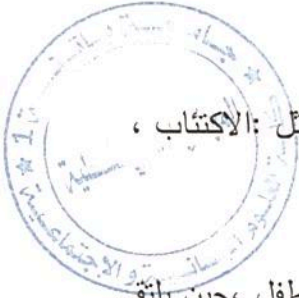
_ تكون الإعاقة نفسها أحياناً سبباً في الانسحاب الاجتماعي ، فالمتخلفون عقلياً يميلون إلى الانزواء والبعد عن نشاط الجماعة ، ويكتفون بالمراقبة ، ويعود ذلك إلى كثرة المواقف الإحباطية التي يتعرضون لها.

4_ مظاهر الانسحاب الاجتماعي :

تتمثل اهم مظاهر السلوك الانسحابي في العزلة الاجتماعية والانتواء والخجل و في مايلي عرض لهذه المظاهر: (وليد وهدان حميد عمارة، 2017، ص ص ،775،774)

☞ **العزلة الاجتماعية** : تعتبر العزلة الاجتماعية هي احدى اشكال العلاقات المشوشة بين الاطفال ، وسببها هو عدم تفاعل الاطفال مع الاخرين ،انه سلوك تجنبى للاخرين ، وللعزلة عند الطفل علاقة بالتحصيل الدراسي المتدني له في المدرسة وعدم تكيفه ، وهؤلاء الاطفال سيطورون سلوكيات مثل الجانحين ، كما ان هؤلاء الاطفال يفتقرون الى التعلم الاجتماعي والقدرة على اقامة علاقات مع الاخرين.

☞ **الانتواء**: الشخص الانتوائي هو شخص خجول وحساس ، يفضل العزلة ، ويهرب من الناس ومن التجمعات ولا يقوى على المواجهة وعلى التعبير عن رأيه ، ويشعر بضيق شديد حين يضطر للتعامل مع الناس ، كما يعاني الشخص الانتوائي احيانا من صعوبات في الكلام عند التحدث مع الاخرين مثل التأناة، او بطئ الكلام او التردد فيه ، كما يجد صعوبة في الانسجام مع الاخرين ،



ويكون علاقات محدودة مع من هم أصغر منه، يترتب على ذلك مشكلات عدة مثل: الاكتئاب ،
قلة الطاقة والحماسة ، بما يقلل القدرة والكفاءة على الدراسة والعمل.

☞ **الخجل** : الخجل هو درجة عالية من الارتباك والخوف والانكماش يشعر بها الطفل ،حين يلتقي
بأشخاص من خارج محيطه ، ويتصف الشخص الخجول بأنه أكثر قلقا وتوترا وأقل لباقة وثقة في
التداخل والتفاعل الاجتماعي كما انه يميل الى العزلة والانشغال بالذات و تأمل ما فيها من نقص
والميل للصمت حين خروجه عن الجماعة.

5_ اساليب ضبط سلوك الانسحاب الاجتماعي :

تعتبر اساليب تعديل السلوك من الاساليب التي اثبتت فعالية عالية في ضبط سلوك الانسحاب
الاجتماعي بشكل ملحوظ ومن هذه الاساليب : (انجاشري حفيظة،2015، ص ص 49،50)

5_1 **تشكيل السلوك** : تشكيل السلوك الاجتماعي للطفل مع اقرانه من خلال اتباع الخطوات
التالية:

✓تحديد السلوك المستهدف وتعريفه ي تحديد السلوك الاجتماعي النهائي المراد الوصول اليه
وتعريفه بدقة وموضوعية على شكل هدف سلوكي اجتماعي.

✓تحديد السلوك المدخلي وتعريفه عن طريق اختيار استجابة قريبة من السلوك الاجتماعي
المستهدف وذلك من خلال تعزيزه وتقويته بهدف صياغة السلوك النهائي وتسمى هذه الاستجابة
بنقطة البداية والسلوك المدخلي.

✓اختيار معززات فعالة وذلك للمحافظة على درجة عالية من الدافعية لدى الطفل وهذا بدوره
يتطلب اختيار المعززات المناسبة في الوقت المناسب .

✓الاستمرارية في تعزيز السلوك المدخلي الى ان يصبح معدل حدوثه مرتفعا.

✓الانتقال تدريجيا من مستوى اداء الى مستوى اخر للسلوك الاجتماعي المرغوب فيه.



5_2 النمذجة: ويكون ذلك بمساعدة الطفل على ملاحظة نموذج يتفاعل اجتماعيا مع اقرانه بطريق جيدة ،وقيام الطفل بتقليد السلوك الاجتماعي المرغوب فيه ، ومن ثم تعزيزه بالطرق المختلفة ومن اهم العوامل التي تزيد من فعالية طريقة النمذجة في خفض السلوك الانسحابي لدى الطفل مايلي:

✓جاذبية النماذج المستخدمة على ان تكون ذات مكانة كبيرة لدى الطفل ومن نفس الجنس.

✓قدرة الطفل المنسحب على تقليد سلوك النموذج والاستمرار باداء السلوك بعد اكتسابه.

5_3 التلقين و الاخفاء : والتلقين هو اجراء يشتمل على الاستخدام المؤقت لمثيرات تمييزية اضافية مساعدة وذلك بهدف زيادة احتمالية اداء الكفل السلوك الاجتماعي المستهدف وينقسم الى انواع هي: .(انجايشري حفيظة، 2015، ص51)

✓التلقين الجسدي: يشتمل على لمس الطفل جسديا بهدف مساعدته على اداء السلوك كالمشاركة في الالعاب الجماعية والمناسبات الاجتماعية بشكل مناسب .

✓التلقين اللفظي: يشتمل على تعليمات لفظية لمساعدة الطفل المنسحب على اداء السلوك الاجتماعي المستهدف باستقلالية ويتم ذلك من خلال تحديد المثيرات التمييزية الطبيعية التي تستعمل على ضبط الاستجابة بعد التوقف عن استخدام المثيرات التمييزية المساندة، ثم تحديد خطوات الاخفاء ، فبعد ان تتضح ان الاستجابة المستهدفة اصبحت تحدث بشكل متواصل من قبل الطفل نتيجة التلقين ، هنا يمكن البدء باخفاء التلقين تدريجيا.

5_4 التعزيز الايجابي: تتمثل هذه الطريقة بالانتباه للطفل عند اقترابه من الاخرين وتفاعله معهم ،والتعزيز الايجابي هو اضافة مثير معين بعد صدور الاستجابة المرغوبة مباشرة ، مما يؤدي الى زيادة احتمال حدوث السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة .

5_5 تنظيم ظروف البيئة: تنظيم الاحداث والمثيرات في البيئة الاجتماعية للطفل وذلك بهدف زيادة احتمالات حدوث التفاعل الاجتماعي بينه وبين الاطفال الاخرين ، مما يساعد في ظهور

السلوكات المقبولة لتدعيم ثقة الطالب بنفسه من خلال مواقف صفية تعتمد على المشاركة والاحترام المتبادل.

5_6 التدريب على المهارات الاجتماعية : يكون ذلك باستخدام النمذجة ولعب الادوار والتعليمات والتغذية الراجعة والتعزيز كزمرة علاجية واحدة متعددة العناصر وذلك لتنمية المهارات الاجتماعية للطفل المنسحب.

5_7 تدريب الرفاق: يتم في هذه الطريقة بتدريب الاطفال الذين يمتلكون مهارات اجتماعية متطورة على التفاعل مع الاطفال المنسحبون اجتماعيا ،على وجه التحديد .

قد يتم تعليم الاطفال وتدريبهم على الاستجابة بطريقة ايجابية للطفل المنسحب عندما يقترب منهم او يحاول التفاعل معهم ، ويطلق على الطفل الذي يتم تدريبه على تعديل سلوك الطفل المنسحب اسم الشريك.(انجاشري حفيظة،2015،ص 52).

المحاضرة التاسعة :المجموعة 3 من اشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية

1_ التوحد:

1_ تعريف اضطراب التوحد

ان مصطلح التوحد (AUTISM) يتكون من كلمتين يونانيتين الأولى (AUTIM) وهي بادئة و (AUT) وتعني ذاتي أو ما يتعلق بالذات وهي مشتقة من الكلمة اليونانية (AUTOS) وتعني الذات او النفس ، واما الجزء الثاني من المصطلح الحالة الذاتية (ISM) فيشير الى التوجه او الحالة ، هكذا فان مصطلح (AUTISM) يعني التوجه الذاتي او الحالة الذاتية ، حيث تعد الذات هي مركز اهتمام الفرد.(محسن محمود احمد، 2011، ص80).

_ ويعتبر (كانر) (KANNAR1943) اول من عرف التوحد الطفولي حيث قام من خلال ملاحظته لاحي عشرة حالة ، بوصف السلوكيات والخصائص المميزة للتوحد والتي تشمل عدم القدرة على تطوير علاقات اجتماعية مع الاخرين ، والتأخر في اكتساب الكلام ، واستعمال غير تواصللي للكلام بعد تطوره ، ونشاطات لعب نمطية تكرارية ، والمحافظة على التماثل وضعف التخيل والتحليل ، ومازلت الكثير من التعريفات تستند على تعريف (كانر) حتى وقتنا الراهن.(مجدي فتحي غزال ، 2007، ص103).

_ وقدم (روتر)(RUTTER1979) اربعة خصائص رئيسية عند تعريفه للتوحد وهي :

✓عاقبة في العلاقات الاجتماعية

✓نمو لغوي متأخر او منحرف

✓ سلوك طقوسي او استحواذي او الاصرار على التماثل

✓ بداية الحالة قبل بلوغ 30 شهرا

_ تعريف الجمعية الوطنية للاطفال التوحديين: وهو من اكثر التعريفات قبولا لدى المهنيين وينص على ان التوحد عبارة عن المظاهر الاساسية التي تظهر قبل ان يصل عمر الطفل الى 30 شهرا ويتضمن الاضطرابات التالية: (فتحية محمد، واخرون، 2017، ص388).

♦ اضطرابات في سرعة او تتابع النمو.

♦ اضطرابات في الاستجابات الحسية للمثيرات .

♦ اضطرابات في التعلق او الانتماء للناس والاحداث.

♦ اضطرابات في اللغة والكلام.

2_ النظريات المفسرة لاسباب اضطراب التوحد

يعبر عن التوحد بمصطلح الإعاقة الغامضة وذلك لعدم وجود سبب حقيقي وواضح يمكن أن يفسره حتى الآن. لهذا نجد أن هناك العديد من الفرضيات التي حاولت تفسير هذا الاضطراب وهي تعكس الخلفية الطبية أو التربوية للأخصائيين العاملين في هذا المجال، وحاولنا في هذه الفقرات التطرق الى النظريات والاسباب معا واهما:

☞ النظرية النفسية:

تعتبر هذه الفرضية هي الأولى في تفسير التوحد حيث انتشرت في خمسينيات وستينيات القرن الماضي، فقد قدم (كانر) KANNER افتراضا مفاده ان احد الوالدين وخصوصاً الأم يتحملان المسؤولية عن إصابة طفلهما بالتوحد لعدم إحاطته بما يكفي من دفء وحنان وهذه ما يترتب عليه إحداث اضطراب في العلاقة الانفعالية بينه وبين أمه وما لها من آثار سلبية على النمو اللغوي باعتباره وسيلة للتفاعل مع الآخرين. (ريما مالك فاضل، 2014، ص37).

نظرية الانسحاب :

ظهرت هذه النظرية خلال فترة الستينيات حيث تشير إلى أن أطفال التوحد يتجنبون التفاعل الاجتماعي مع الآخرين نتيجة وجود عتبات ضيقة أو حساسية مفرطة في النظام العصبي لا يسمح بتكوين ارتباط عاطفي أو استخدام الحواس ، لذا فإنهم نتيجة الفشل المتكرر يلجئون إلى الانسحاب والانطواء على الذات مما يقلل من فرص تعلم السلوكيات المناسبة واكتساب خبرات الأشخاص الآخرين.

النظرية البيئية:

يحاول أصحاب هذه النظرية فهم التوحد كاضطراب ناجم عن عوامل خارجية تسبب حدوث مشاكل في الدماغ مؤثرة بذلك على سلوك الفرد. وتتطوي تحت هذه النظرية العديد من النظريات كنظرية ظروف الحمل والولادة، ونظرية الفيروسات والتطعيم ، ونظرية الخلل في التمثيل الأيضي ، ونظرية التعرض للمواد الكيميائية السامة وفيما يلي شرح مبسط عن هذه الفرضيات: .(ريماء مالك فاضل، 2014، ص37).

✓إن الحالات التي قد تصيب الدماغ قبل أو بعد أو أثناء الولادة و إصابة الأم ببعض الأمراض المعدية كالحصبة الألمانية وتعرضها للنزيف ، أو تناولها لبعض الكحول ، أو التدخين في مرحلة الحمل، أو تعرض الطفل لنقص الأوكسجين أثناء الولادة.

✓التسمم بالرصاص والزرنيق والمواد الكيميائية السامة يمكن أن يكون أحد أسباب التوحد.

✓فرضية الفيروسات والتطعيم: يقصد باللقاح الثلاثي اللقاح الذي يعطى للأطفال في سن مبكرة للحيلولة دون الإصابة بالحصبة والنكاف والحصبة الألمانية. وقد ظهرت هذه الفرضية في عام 1998 اثر بحث اجراه باحث بريطاني يدعى (اندر و كفليد) Andrew Wakfield حيث اشار الى ان اللقاح (يؤدي الى ظهور مشكلات معوية وخلل في الية الدماغ وظهور سلوكيات توحدية ولكن هذا الافتراض قد تم دحضه بالكامل.

✓نظرية الخلل في التمثيل الأيضي : تستند هذه الفرضية إلى أن الجهاز الهضمي لدى بعض

الأفراد التوحديين غير قادر على التمثيل الأيضي لبعض أنواع البروتينات كالغلوتين الموجود في القمح والشعير والكازين (Gluten) الموجود في الحليب ومشتقاته. ويستدل على ذلك من خلال استقرار الطفل المستمر للحليب، سيلان الأذن المبكر، إسهال - أو إمساك مزمن، اضطراب في النمو والتنفس. ونتيجة استمرارية هذا الهضم غير الكامل لهذين البروتينين يتحولان إلى جزيئات جلوتوم وفينوكازومين التي تحت انتفاخا في جدار الأمعاء وهذا ما يجعلها نفوذة إلى مجرى الدم لتصل بعدها إلى الدماغ محدثة تأثيرا مخدرا يؤدي إلى خلل في تركيبة الدماغ مما ينتج عنه الكثير من الاضطرابات ومن بينها التوحد. وهذا ما يدفع أصحاب هذه الفرضية إلى وضع حمية خالية من الغلوتين والكازين للتخفيف من تأثيرهما المخدر على الدماغ. (ريما مالك فاضل، 2014، ص38).

⇒ النظرية البيولوجية:

لقد ظهرت العديد من الدراسات والأبحاث التي حاولت تفسير التوحد من ناحية بيولوجية ومن أهم الشواهد التي استندت عليها هذه النظرية هي: (ريما مالك فاضل، 2014، ص38).

✓نسبة انتشار التوحد متساوية تقريباً في جميع الثقافات والأعراق والطبقات الاجتماعية بالإضافة إلى ترافق التوحد مع الكثير من الإعاقات والاضطرابات العصبية مثل التخلف العقلي والصرع وصعوبات التعلم.

✓أشارت العديد من الدراسات أن الأطفال التوحديين لديهم شذوذ في التخطيط الكهربائي للدماغ حيث أشارت دراستان إلى وجود إثارة عالية للموجة المنخفضة عند الأطفال التوحديين وقد يصل هذا الشذوذ إلى (50_80) % لديهم .

✓وجود تراجع في عدد خلايا بوركنج (الخلايا العصبية الموجودة في المخ) لدى عدد من الأطفال التوحديين وبالتالي دماغ غير طبيعي لدى هؤلاء الأطفال.

✓ كما أفادت دراسات بأن الفصين الأماميين من دماغ الطفل الذي لديه توحد يبدو طبيعيين من حيث الوزن والحجم ورغم ذلك فإنه يوجد خلل في الطريقة التي يعملان بها .

كما حاول بعض الباحثين تفسير التوحد على أساس كونه قصور في المجال الدهليزي من الدماغ للاعتقاد أن هذه المنطقة مسؤولة عن تشكيل التفاعل بين الوظائف الحسية والوظائف الحركية.

نظرية العصبونات المرآتية :

في السنوات الأخيرة وجه العديد من الباحثين اهتمامهم نحو الأداء غير الطبيعي لأطفال التوحد في مهارات التقليد المختلفة وقد تطور هذا الاهتمام بعد اكتشاف نظام العصبونات المرآتية حيث وجد أن هذه العصبونات توجد في الفص الجبهي للدماغ وتتدخل في توجيه الحركات الإرادية والاستجابات الانفعالية كإدراك أحاسيس الآخرين وقد وجدوا أن هذه العصبونات تتفعل عندما يشاهد الشخص شخصاً آخر يقوم بنفس العمل.

وقد لوحظ في الاختبارات التي أجريت على مجموعة من الأطفال التوحديين والأطفال الأسوياء أن هناك كبتاً للموجة الكرائية في منطقة العصبونات المرآتية عند قيامهم بحركات إرادية بسيطة ، كما لوحظ أن هناك خلل في العمليات العصبية بين جانبي الدماغ وذلك بخلاف الأطفال الأسوياء مع أن الجهاز الحركي عند الأطفال التوحديين كان سليماً وهذا ما يفسر فقدانهم للمهارات الاجتماعية وعدم الإحساس بالآخرين وكذلك الضعف اللغوي وقصور مهاراتهم التقليدية. (ريما مالك فاضل، 2014، ص39).

النظرية المعرفية :

وتفسر هذه النظرية الخلل في التفكير والقدرة على حل المشكلات و التعلم ومن أهم هذه النظريات: (ريما مالك فاضل، 2014، ص41).

*نظرية العقل :

تعرف نظرية العقل بأنها القدرة على استنتاج الحالات الذهنية للآخرين (أفكارهم، مشاعرهم، اعتقاداتهم، نواياهم) إلى جانب القدرة على استخدام هذه المعلومات في تفسير ما يقولونه ولإعطاء معنى لسلوكياتهم والتنبؤ بما يفعلونه بعد ذلك .

إن معظم الأطفال الصغار يظهرون إشارات لتطور نظرية العقل مع عمر (18) شهر من خلال الانشغال بلعب رمزي أو استعمال أشياء أخرى غير الشيء الذي تمثله، ومع عمر ثلاث سنوات فإن الأطفال يصبحون قادرين على فهم الفرق بين الحالات العقلية الخاصة بهم... وحالات الآخرين العقلية ومع عمر أربع سنوات إلى خمس سنوات فإن الأطفال يفهمون المعتقدات الخاطئة ويدركون الفرق بين الظاهر والحقيقة... ويفهمون بأن أفعال الأفراد نتيجة لأفكارهم ومعتقداتهم ونصائحهم.

ولكن الأطفال ذوي اضطراب التوحد غير قادرين على تطوير قدراتهم لمعرفة ماذا يفكر به الآخرون وماذا يشعرون لهذا نجد لديهم قصورا واضحا في العديد من الجوانب منها الاجتماعية والتواصلية والمهارات التخيلية. ونستطيع اكتشاف هذا القصور من خلال اختبار (سالي-آن) الذي طوره بارون كوهين عام(1985).

وخلاصة نظرية العقل حسب (جوردن) (1999) أن أطفال التوحد ليس فقط لا يفهمون أن الآخرين يفكرون، ويشعرون، ولكنهم أيضاً لا يعون أنهم يفكرون ويشعرون.

*نظرية الوظائف التنفيذية:

يشير مصطلح الوظائف التنفيذية إلى مجموعة من العمليات المعرفية التي تسعى إلى تنظيم النشاطين النفسي والجسدي وضبطهما ، وتقوم الوظائف التنفيذية بتمكين الفرد من التوقف عن أداء نشاط أو فعل معين، والتحول إلى شيء آخر والابتداء بشيء آخر وقد لوحظ أن الأطفال التوحديين لديهم ، مصاعب في أداء الوظائف التنفيذية فهم قلما يصححون أخطائهم أو يتعلمون منها وعندما يتعلمون استراتيجية معينة يستمرون في تكرارها حتى إذا كانت خاطئة ولديهم أيضاً مصاعب في عملية التخطيط أو التفكير في استراتيجيات لتحقيق هدف معين، ويفتقرون إلى وضع استراتيجيات والاختيار من بينها لتحقيق هدف من خلال التنبؤ بنجاح أو عدم نجاح هذه ،ويمكن قياس هذه الفرضية من خلال اختبار ويسكونسن لتصنيف البطاقات (Wisconsin card sorting test:WCST) واخر يسمى برج هانوي (Tower of Hanoi).

3_ خصائص الاطفال ذوي اضطراب التوحد:

يشكل الأطفال ذوو اضطراب التوحد مجموعة غير متجانسة من حيث الخصائص والتصنيفات. فنجد أن بعض هؤلاء الأطفال يطورون توصلاً وتفاعلاً اجتماعياً مناسباً وبعضهم الآخر لا يطورون أي لغة تعبيرية ويبدون العزلة الاجتماعية طوال حياتهم. كما أن بعضهم قد يعاني من مشكلات سلوكية وحركات نمطية شديدة وآخرون تتجلى المظاهر السلوكية لديهم بشكل ضعيف. لذا سنحاول تصنيف هذه المجموعة غير المتجانسة من الأطفال بحسب خصائصهم التالية:

☞ الخصائص الاجتماعية :

من أهم الخصائص الاجتماعية التي يتميز بها الطفل التوحدي مايلي : (عادل جاسب شبيب ،2008، ص24)

- _ من أهم الأمور المميزة للأطفال والأشخاص المصابين بالتوحد هو أنهم لا يستطيعون تطوير العلاقات الاجتماعية التي تتناسب وأعمارهم . ويرى جيلسون (2000) ان الخاصية الأساسية للتوحد تتمثل في اختلال الأداء الوظيفي في السلوك الاجتماعي .
- _ وكذلك يوصف الأطفال التوحديون بأن لديهم إعاقة في تطوير واستخدام السلوكيات غير اللفظية مثل التواصل البصري والمتعارف عليه , والذي يسهل الحياة اليومية للأفراد التوحديين .
- _ كما إن الأطفال التوحديين يفضلون البقاء لوحدهم ولا يرغبون في الاحتضان أو الضم ويظهرون الأمبالاة للوالدين .
- _ وكذلك يميز الطفل التوحدي بعدم فهم مشاعر الآخرين . مثلاً لا يستطيع الطفل ان يتفاعل مع أمه عندما يراها تبكي أو حزينة مثل الأطفال العاديين . ويعود عدم التفاعل العاطفي لعدم قدرتهم على تبادل المشاعر او العجز في فهم الطبيعة التبادلية في عملية التفاعل الاجتماعي .
- _ أما لعب الطفل التوحدي فهو ايضاً يعاني من مشاكل في اللعب التخيلي , ولا تمتاز لعبهم بالابتكار او التجديد، مثال (يلعب الطفل التوحدي بمجموعة سيارات من خلال صفها بخط مستقيم

وتعتبر عدم القدرة على التفاعل الاجتماعي من أهم الخصائص السلوكية كمؤشر على الإصابة بالتوحد . وتلك الخصائص يمكن ملاحظتها في جميع المراحل العمرية .

_ وعادة الاطفال التوحديين لا يرفعون أيديهم لوالديهم من اجل حملهم كما يفعل أقرانهم , ويظهرون غير مباليين وبدون عاطفة .. وقليلاً ما يظهرون أي تعبيرات على الوجه , ونتيجة لذلك يعتقد الوالدان بان طفلهم أصم , وعادةً ما تبدأ مراجعة ذوي الطفل بشكوى الصمم .

_ ومن ابرز مشاكل التفاعل الاجتماعي عدم استطاعتهم إقامة علاقات اجتماعية والمحافظة عليها . حيث يلاحظ انه ينسحب من الكثير من أشكال التفاعل والتواصل الاجتماعي , مما يؤدي الى صعوبة في تكوين وإقامة علاقات اجتماعية , كما ان الطفل التوحدي لا يتضايق من بقائه لوحده.

⇒ **الخصائص التواصلية :** من اهم الخصائص التواصلية التي يتميز بها الطفل التوحدي مايلي :
عادل جاسب شبيب ، 2008 ، ص 25)

_ يوصف الأطفال التوحيديون بان لديهم مشكلات في التواصل سواء أكان لفظياً أم غير لفظي كما يوجد لديهم تأخر أو قصور كلي في تطوير اللغة المنطوقة , وتعتبر الخصائص الكلامية لديهم شاذة مثل طبقة الصوت والتنغيم والإيقاع ونبرة الصوت وتوصف اللغة القواعدية لديهم بأنها تكرارية او نمطية مثل تكرار كلمات أو جمل مرتبطة في المعنى , ولغتهم لها خصوصية غريبة بحيث لا يفهم عليهم إلا الأشخاص الذين يألّفونهم مثل الأم والأب والمعلم .

_ومن الأمور التي تعتبر مشكلة لديهم ان فهم اللغة عندهم متأخراً جداً وهناك مشاكل شديدة في التواصل حيث ان 50 % من الأطفال التوحيديون لا يكتسبون كلاماً مفيداً ويظهرون الصمم والبكم لبعض الكلمات . وكذلك فان 25 % منهم يستطيعون الكلام ويكون تواصلهم غير عادي حيث يكرر بعض الكلام , ويوجد لديهم ايضاً صعوبة في استعمال الضمائر فمثلاً لا يقول إنا أريد أن اشرب , ويقول عامر يريد ان يشرب , ومثلاً تقول له مرحبا اسمي عامر , ما هو اسمك ؟ فيقول : عامر ما هو اسمك .

_ كما ان بعض الأطفال التوحيديون الناطقين يكون التواصل اللفظي عندهم غير عادي فقد يكرر

الأطفال الكلمات التي يعرفونها بشكل غير وظيفي وهذه الحالة تسمى المصاداه الكلامية وهذا التردد المرضي للكلام لا يساعد الطفل على استخدام الكلام بسياقات او مواقف اجتماعية وتفاعلية مختلفة .

☞ **الخصائص السلوكية:** يختلف أطفال التوحد فيما بينهم من حيث الخصائص السلوكية فقد تفاوتت بين سلوكيات شديدة وأخرى خفيفة، كما تفاوتت من حيث نوعيتها وفترات ظهورها. ولكن أغلب هذه السلوكيات تكون معيقة لعملية التواصل والتعلم عند أطفال التوحد. ويمكننا تصنيف هذه السلوكيات كما يلي: . (ريما مالك فاضل، 2014، ص ص 32، 31).

*السلوكيات النمطية المتكررة:

يظهر أطفال التوحد في أغلب الأحيان سلوكيات نمطية ومتكررة دون أن يكون لها هدف وظيفي وواضح بالنسبة للآخرين.

فقد قام (campell 1990) بدراسة عن مدى شيوع السلوكيات النمطية والمكررة على (224) طفل، من أطفال التوحد ووجد أن: (25 %) من هؤلاء الأشخاص يتعلقون بالأشياء، (16 %) يظهرون رفرقة اليدين، (15 %) يقومون بأرجحة جسد، (12 %) يقومون بضرب رؤوسهم بالحائط، (18 %) يظهرون سلوكيات نمطية للجزء العلوي من الجسم، (6 %) يبدون سلوكيات إيذاء الذات.

ويرجع الباحثون الأسباب المؤدية إلى ظهور السلوكيات التكرارية ا عند أطفال التوحد إلى:

_ نظرية حاجة الطفل المتوحد إلى التنبيه الحسي الذاتي لكونه يعاني من قصور في النظام الحوفي ومكوناته (قرن آمون واللوزة الدماغية) في معالجة الرسائل الحسية البيئية وضياها في الدماغ دون استجابة أو إشباع سلوكي يذكر.

_ كثافة المنبهات الحسية البيئية التي لا يحتملها الفرد عصبياً خاصةً عند معاناته من النشاط الزائد، تشير الطفل المتوحد إلى فصل حواسه عن البيئة بالانشغال بالسلوكيات الذاتية المتكررة التي يختارها لهذا الغرض.

* السلوكيات الروتينية والطقوسية :

والمقصود به التمسك الشديد بالروتين (زمني، مكاني، في سلوك معين) ومقاومة أي تغيير يطرأ عليه. ويظهر الروتين لدى بعض أطفال التوحد ب:

- تمسك بالأكل بصحن واحد دون غيره.

- إغلاق كل الأبواب الموجودة في المنزل.

- ترتيب الأشياء بنفس الطريقة.

- الإصرار بالالتزام بنفس البرنامج الذي يتبعه ورفض أي تغيير

إن هذه السلوكيات تحدث نتيجة الصعوبات الإدراكية التي يعاني منها الطفل والتي تشمل مشكلات الانتباه وضعف التركيز وصعوبة تعميم المفاهيم وانتقال أثر التدريب، لذلك يصبح الروتين وسيلة أساسية للتفاعل والتعامل مع البيئة.

☞ الخصائص المعرفية:

تعتبر مهارات التفكير والانتباه والتذكر من أهم الوظائف المعرفية التي على الطفل اكتسابها وتعلمها، وأن أي مشكلة في هذه المهارات تؤثر على أداء الطفل في جميع المجالات الأخرى، وتعتبر الخصائص المعرفية ميزة أساسية لاضطراب التوحد ومن أهم الخصائص المعرفية التي يتصف بها الأطفال ذوي اضطراب التوحد هي: (ريما مالك فاضل، 2014، ص 33).

***الانتباه:** إن غالبية الأطفال ذوي التوحد يعانون من صعوبات في الانتباه وتظهر هذه الصعوبات بدرجات مختلفة متمثلة ب :

***الانتباه المشترك (joint attention)** ويرمز له (JA) ويعرف الانتباه المشترك بأنه التنسيق بين التغيرات في الانتباه على الأحداث أو على الأشخاص الآخرين أثناء التفاعل الاجتماعي.

ويبدأ (JA) بالظهور عند الأطفال الطبيعيين منذ عمر ستة أشهر ويصبح أكثر قصدية في عمر السنة اما في عمر عشرين شهر يبدأ الطفل الطبيعي باستخدام أشكال متخلفة من الإيحاءات من أجل الانتباه المشترك, وبغرض الطلب .

ويرى (LANCESTER 2005) ان الضعف في الانتباه المشترك علامة مهمة من علامات التوحد ومؤشر كافٍ لتأخر اللغة واضطرابات التواصل الأخرى، فقد وجد ان هناك علاقة وثيقة بين مشكلات الانتباه المشترك لدى الأطفال التوحديين وصعوبات في المهارات الاجتماعية والتواصلية إلا أن الأطفال التوحديين لا يطورون هذه المهارة بشكل كاف ولكن من خلال التدريب يستطيعون التغلب على القصور الذي يعانون منه في مهارة الانتباه المشترك.

*نقل الانتباه (SHIFTING ATTENTION): والمقصود بنقل الانتباه هو قدرة الطفل التوحيدي على تحويل انتباهه بين عدّة مثيرات موجودة أمامه بصورة تلقائية وزمن قصير أما الأطفال التوحد فيستغرقون وقتاً أطول بكثير مما يحتاجه الشخص العادي، هذا ولديهم فترة انتباه قصيرة جداً ولكنهم قادرون على إدامتها لفترات طويلة تجاه الأشياء التي تهمهم كتركيز انتباههم على شيء يدور دون غيره من الأشياء لفترة تصل إلى ساعات من الزمن.

*الانتقائية المفرطة للمثير (STIMULI OVER SELECTIVITY): والمقصود بها أن الأطفال التوحديين ينتبهون إلى جوانب غير مهمة من المثيرات البيئية ويركزون انتباههم على شيء واحد فقط دون بقية الأجزاء الأخرى، فالشخص التوحيدي عندما ينظر إلى صورة فإنه يركز انتباهه على أشجار في خلفية الصورة أكثر من تركيزه على الأشخاص الذين في الصورة.

⇒ الخصائص الحسية:

يعاني أطفال التوحد من مشكلات في واحدة أو أكثر من حواسهم سواء ظهرت في السمع أو البصر أو الشم أو التذوق أو اللمس فمن هذه الحواس ما يكون عالي الحساسية او منخفض الحساسية وفيما يلي أهم الخصائص الحسية التي يعاني منها أطفال التوحد: (ريما مالك فاضل، 2014، ص 35).

* **الاستجابة البصرية:** قد يظهر بعض هؤلاء الأطفال تجنباً للتواصل البصري مع كل من حولهم من مثيرات سواء كانت أشخاصاً أو أشياء يمكن للطفل العادي أن يجذب إليها بسهولة، وكذلك يستجيبون بطريقة شاذة أو غريبة كالتحديق لوقت طويل في الفراغ، كما أن بعضهم يظهر حساسية تجاه بعض أنواع الإضاءة التي لا تعتبر ذات تأثير بالنسبة للفرد العادي.

* **الاستجابة للشم والتذوق:** يقوم بعض أطفال التوحد بالتعرف على البيئة من حولهم عن طريق شم ملابس أو أيدي الآخرين أو شم أنفسهم. كما يعانون من مشكلات في الطعام فنجدهم يصرون على طعام معين أو يأكلون الأشياء التي لا تؤكل، وتشير الدراسات إلى أن (70 %) من أطفال التوحد يوصفون بأنهم أكلة انتقائيون حيث يرى البعض أن ظهور مشكلات الطعام في مرحلة الطفولة المبكرة قد تكون إشارة أولية على ظهور التوحد .

* **الاستجابة للمس:** قد نرى لدى البعض حساسية جلدية كبيرة تجعله يبتعد عندما يحاول أحد الأشخاص لمسه أو معانقته، كما نجد أن البعض من أطفال التوحد يبذون أنهم لا يشعرون بالألم وربما لا يكون عندما يتعرضون لأذى بالغ، وقد يظهرون عدم الإحساس بالبرودة والحرارة وعدم الاستجابة لأي منها بالشكل المناسب.

* **الاستجابة السمعية:** إن الحساسية السمعية تجاه الصوت هي إحدى الاضطرابات المميزة للتوحد ومن مؤشرات السلوكية وضع اليد على الأذن للتخفيف من الصوت أو الضجيج والهرب بعيداً عن مصدر الصوت والبكاء الشديد والثورات العصبية المدمرة أو الشديدة، ويرجع الباحثون هذه السلوكيات إلى شعور الطفل بالألم تجاه هذه الأصوات، أو لأنها تثير في نفسه الرعب والخوف مما يدفعه إلى التصرف بالطريقة الاضطرابية التي نلاحظه عليها.

إن الخصائص الحسية التي يتصف بها أطفال التوحد ناجمة عن خلل في التنظيم الحسي للأطفال التوحد، حيث يقوم دماغهم بترجمة المعلومات بطريقة أقوى أو أضعف مما هي عليه في الواقع.

خصائص أخرى: لا يمكننا أن نعتمد على هذه الخصائص كدلائل تشخيصية تساعد على تشخيص التوحد فمن الممكن أن تظهر هذه الخصائص عند بعض أطفال التوحد ومن الممكن ألا

تظهر على الإطلاق، وفيما يلي أبرز هذه الخصائص: (اسامة فاروق مصطفى، 2010، ص 259).

✓مشكلة التعميم فلا يستطيع نقل ما تعلمه من بيئة الى اخرى.
✓لا يدرك الخطر مثل عبور الشارع دون النظر الى السيارات فيعبر مندفعاً كأنه يسير بمفرده في الشارع.

✓لا يستطيع الانتقال من مهارة الى اخرى

✓يواجه بعض الاطفال التوحيدين صعوبات النوم تتمثل في القلق والنوم المتقطع
✓بعض التوحيدين لديهم اهتمامات بصرية غريبة كأن يوجهون ابصارهم الى بؤرة او نافذة او يعمدون الى رفرفة اصابع امام الضوء.

✓مشكلة الاكل والشرب ، الاكل بشراهة دون شعور بالشبع ، تفضيل بعض الاطعمة وعدم تنوعها وشرب مشروبات معينة ويكوب مفضل لديه دون غيره.

✓لا يستجيب الطفل التوحيدي عند مناداته باسمه ويبدو كأنه اصم ولكنه قد يستجيب لاصوات اخرى تصدر في البيئة كصوت لعبه او صوت فتح غطاء مشروب
✓صعوبة فهم انفعالات وعواطف الاخرين ، لا يرد على الابتسامه للغير بمثلاها.

4_ تشخيص اضطراب التوحد :

يعتبر تشخيص التوحد أمراً معقداً وصعباً في مجال التربية الخاصة ومن المتفق عليه حتى الآن هو عدم وجود علامات حيوية (مخبرية) أو أية فحوصات طبية يمكن الاستناد إليها لتشخيص التوحد. إلا أن التوحد اضطراب محدد سلوكياً أي بالاستناد إلى جملة من المظاهر السلوكية التي تدل على وجود الاضطراب من عدمه وهذا جوهر عملية التقييم والتشخيص وهناك فريق كامل لتشخيص اضطراب التوحد يتكون من

أخصائي توحيد، طبيب نفسي، أخصائي اضطرابات الكلام واللغة، أخصائي سمعيات، معلمين تربية خاصة، الوالدين ولعل أهمية التشخيص الدقيق لاضطراب التوحد تتبع من التقليل من القلق والارتباك الذي يعاني منه الوالدان بسبب المعلومات المتضاربة، وتحديد التوقعات لمدى تحسن الاضطراب ، ولوضع أساليب التدخل المناسبة.

معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل: (DSM_IV_TR)

المحك الأول: توافر ست أعراض على الأقل من المجموعات الثلاثة التالية على أن تكون هذه الأعراض الستة من (اثنان من المجموعة الأولى وواحدة من المجموعة الثانية والثالثة على الأقل وهذه المجموعات هي: (ريما مالك فاضل، 2014، ص 16).

*المجموعة الأولى: صعوبات في التفاعل الاجتماعي وتظهر في اثنتان مما يلي:

1. عجز في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة أو الكثيرة المعقدة.
2. الفشل في إقامة علاقات اجتماعية (صداقة) مع الأقران ممن هم في نفس العمر الزمني.
3. فقدان الرغبة في تلقائية محاولة مشاركة الآخرين في الاستمتاع والاهتمامات والتحصيل والانجازات.
4. عدم القدرة على تبادل المشاعر والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين.

*المجموعة الثانية: العجز في التواصل تتضح في واحدة على الأقل مما يلي:

1. فقدان أو تأخر الكلام (مع عدم وجود دلالة على محاولة التعويض عن هذا العجز من خلال وسائل الاتصالات الأخرى غير اللفظية مثل: التواصل بالإشارات أو الإيماءات.
2. في حالة وجود الكلام هناك صعوبات في بدء المحادثة مع الآخرين أو الاستمرار فيها.
3. استخدام نمطي أو متكرر للغة.

4. عجز واضح عن ممارسة اللعب الخيالي والافتقار للعب الاجتماعي بما يتناسب مع عمره الزمني.

*المجموعة الثالثة: السلوكيات النمطية والمحدودية في السلوك والنشاطات والاهتمامات تتضح في واحد على الأقل مما يلي:

1. انشغال متواصل سلوك أو اهتمام أو نشاط محدد.

2. الالتزام بطقوس روتينية محددة غير وظيفية وغير مهمة لا معنى لها.

3. حركات جسمية نمطية متكررة.

4. الاستغراق بأجزاء وتفاصيل الأشياء

⇒ **المحك الثاني:** التأخر والسلوك غير الطبيعي قبل عمر (3) سنوات في واحدة أو أكثر من المجالات التالية: (ريما مالك فاضل، 2014، ص15)

1- التفاعل الاجتماعي.

2- استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي.

3- اللعب الرمزي أو التخيلي.

⇒ **المحك الثالث:** أن لا يكون سبب هذا الاضطراب يرجع إلى اضطراب ريت أو اضطراب الطفولة التفككي.

ثم جاء بعدها الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس (DSM_V) الصادر عام 2013 وفي مايلي معايير هذا الدليل على ان تنطبق كافة هذه المعايير (A .B.C.D.E) على الطفل: (ريما مالك فاضل، 2014، ص16)

A صعوبة التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي ، لا تتدرج ضمن التأخر الطبيعي لنمو الطفل وتظهر وفق انطباق جميع العوامل الثلاثة التالية :

♦ صعوبات في تبادل المشاعر الاجتماعية من خلال تصرفات اجتماعية غير طبيعية وعدم القدرة على تبادل أطراف الحديث (استقبال و تعبير)، مما يضعف قدرة التعبير عن الاهتمامات والمشاعر والأفكار، وما يؤثر عموماً على بدء عملية التفاعل الاجتماعي مع الآخرين .

♦ صعوبة استخدام غير اللفظي في التفاعل الاجتماعي من خلال ضعف في دمج مفاهيم التواصل اللفظي وغير اللفظي، وصولاً لخلل في التواصل البصري ولغة الجسد أو صعوبة في استخدام وفهم التواصل غير اللفظي وإلى غياب كامل للإيماءات الجسدية و تعابير الوجه .

♦ صعوبة في تطوير العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها قياساً بالأقران من خلال صعوبة تغيير السلوك ليتلاءم مع المواقف الاجتماعية المختلفة، وصولاً لصعوبة مشاركة اللعب التخيلي وبناء الصداقات، وإلى غياب واضح للاهتمام بالآخرين .

B محدودية وتكرار ونمطية في السلوك والاهتمامات تظهر في اثنين من التالي حالياً او في الماضي : . (ريما مالك فاضل، 2014، ص17)

♦ حركات نمطية أو متكررة، تكرار في الكلام ، آلية في التصرفات أو في استخدام الأشياء كصف الألعاب أو قلب الأغراض ، استخدام طبقة صوت واحدة أثناء الحديث، تكرار عبارات مفهومة وغير مفهومة.

◆ روتين زائد ، أنماط متكررة من السلوكيات اللفظية وغير اللفظية ، أو مقاومة شديدة للتغيير (حركات آلية ، الإصرار على نوع معين من الطعام ، أو على نفس الطريق ، تكرار نفس الأسئلة ، مقاومة شديدة للتغيرات البسيطة في البيئة).

◆ عزلة شديدة عن المحيط ، الانشغال بصورة غير طبيعية باهتمامات معينة من ناحية الشدة والتركيز (تعلق شديد بأشياء غريبة، اهتمامات قد تكون محدودة أو شديدة).

◆ خلل في استقبال المثيرات الحسية من البيئة أو اهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة (استجابة غير طبيعية لمقدار الألم أو درجة الحرارة ، حساسية زائدة لمواد معينة أو أصوات معينة، إفراط في شم الأشياء أو لمسها، الانبهار بالأضواء أو الأشياء التي تدور).

C يجب أن تظهر الأعراض خلال فترة الطفولة المبكرة، ولكن ربما لا تظهر بشكل واضح حتى تتجاوز المتطلبات حدودها الدنيا.

D اجتماع الأعراض يسبب صعوبات هامة في الجوانب الاجتماعية والمهنية ويؤثر على مهارات الحياة اليومية.

E هذه الاضطرابات لا تظهر بصورة واضحة كاضطرابات ذهنية أو ضمن التأخر النمائي الشامل، وغالباً ما تترافق الإعاقة الذهنية مع اضطراب طيف التوحد كتشخيص مرضي مزمن لاضطراب طيف التوحد والإعاقة الذهنية، التواصل الاجتماعي يجب أن يكون دون الحد الطبيعي للنمو.

ويعدّ الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس أدق من حيث التشخيص ووصف أعراض الاضطراب بدقة.

بالإضافة إلى المعايير السابقة هناك العديد من القوائم والمقاييس التي تساعدنا على تشخيص التوحد: (ريما مالك فاضل، 2014، ص17)

✓ قائمة تشخيص للأطفال المضطربين سلوكيا : ووضعت من قبل ريملاندر (RIMLAND1979)

✓ قائمة تقدير السلوك التوحد (ABC): ووضعت من قبل كروك (KURG) وايريك (ARICK) و الموند (ALMOND) عام 1980

✓ مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) ووضع من قبل (سكولر) و(ريشلر) و (رونير)

✓ اداة تقدير السلوك للأطفال التوحديين وغير الاسوياء

لقد تعددت معايير تشخيص التوحد بدءاً من بداية تشخيصه في عام (1943) وحتى يومنا هذا ورغم التطور الكبير الذي شهدته إلا أن عملية التشخيص حتى يومنا هذا ما تزال ا عملية معقدة وصعبة وتواجه العديد من الصعوبات وذلك لكون التوحد يظهر خلال مرحلة الطفولة المبكرة ويؤثر على جميع جوانب النمو عند الطفل، كما أن أعراضه تختلف في الظهور من طفل إلى آخر، وتداخله مع إعاقات أخرى كالإعاقة (الذهنية، الصرع، النشاط الزائد...) وغيرها من الإعاقات تعيق عملية تشخيصه، ولعل السبب الرئيسي وراء صعوبة التشخيص حتى يومنا هذا هو عدم تحديد سبب واضح يقودنا إلى معرفة السبب الرئيسي المؤدي إلى نشوء هذا الاضطراب وتأخر عمر تشخيصه حتى سن الثالثة من العمر.

5 البرامج العلاجية لاضطراب التوحد: هناك برامج عديدة مقترحة من اجل تعديل سلوكيات

وتنمية مهارات التوحديين نذكر على سبيل المثال:

⇨ برنامج لوفاس (LOVAS):

أنشئ هذا البرنامج في جامعة كاليفورنيا في مدينة لوس أنجلس الأميركية عام 1970 من قبل الطبيب النفسي (إيفار لوفاس) (IVAR LOVAS) وقد اعتمد (لوفاس) في برنامجه على نظرية

تعديل السلوك وتحليل السلوك التطبيقي . وتتضمن الطرق التي استخدمها ما يعرف بالتدخل السلوكي المكثف والتسلسل الحرفي أو المقنن لأنشطة التعلم من خلال تقديم أمر للطفل وتعزيزه أو مكافأة في كل مرة يستجيب فيها بصورة صحيحة، ويحدد (لوفاس) ثلاث شروط للقبول في البرنامج وهي: . (ريما مالك فاضل، 2014، ص50).

1_ أن تتراوح أعمار الأطفال بين (5_2,5) سنوات.

2_ يمكن للأطفال من عمر (6) سنوات أن ينضموا إلى البرنامج شرط أن يظهر الصدى الصوتي.

3_ يخضع الأطفال إلى منهج متسلسل من الأسهل إلى الأصعب .

برنامج دوغلاس للاضطرابات النمائية :

تأسس برنامج دوغلاس عام (1972) ليقدم المساعدة للأشخاص التوحديين من عمر (30_62) شهرا والذين تتراوح درجة ذكائهم بين (36_105) درجات ويقسم هذا البرنامج إلى ثلاث مراحل:

1_ فصل التحضير : حيث يتم تدريب التلميذ بشكل فردي طوال هذه المرحلة.

2) فصل المجموعات الصغيرة: وتتراوح النسبة من معلم لكل طفلين إلى معلم ومساعد لكل ستة أطفال.

3) فصل الدمج: يحتوي على ثمانية أطفال طبيعيين وستة أطفال ممن يعانون من التوحد وثلاث معلمين.

ويعتمد منهاج (دوغلاس) على علاج اللغة والمهارات الاجتماعية في البداية ثم ينتقل إلى تعلم مهارات حركية وإدراكية ومهارات الاعتماد على النفس على أن تكون متدرجة من السهل إلى الصعب.

برنامج ليب (LEAP):

انطلق برنامج (ليب) عام 1982 في مدينة بنسلفانيا كأول برنامج يقوم على دمج الاطفال الطبيعيين مع اطفال التوحد ممن في عمر (3_5) سنوات ضمن صفوف بيئية تعليمية عادية ويتلقى الاطفال الملتحقون بالبرنامج خمسة عشر جملة تدريبية موزعة على خمسة أيام في الأسبوع وتستمر هذه العملية على مدار السنة. ويقوم هذا البرنامج على خمسة مبادئ: (ريما مالك فاضل، 2014، ص51).

1_ إن جميع الأطفال يمكنهم الاستفادة من الدمج في مراحل عمرية مبكرة.

2_ يجب أن يشارك الوالدان والأسرة.

3_ يمكن أن يعلم الأطفال الطبيعيون أطفال التوحد من خلال النمذجة

4_ إجراء بعض التعديلات على المنهج ليصبح مناسباً للاضطراب ويهدف هذا البرنامج إلى تنمية مهارات اللغة والتفاعل الاجتماعي والاستقلالية الذاتية.

يعتبر هذا البرنامج إيجابياً إلى حد كبير نظراً للأساس الذي يقوم عليه وهو دمج الأطفال التوحديين مع الأطفال الطبيعيين وهذا ما يسعى إليه جميع العاملين في مجال التربية الخاصة.

2_ صعوبات التعلم:

1_ تعريف صعوبات التعلم :

يمثل موضوع صعوبات التعلم أحد المواضيع النفسية والتربوية، التي شغلت العديد من الباحثين والمختصين، وأثارت الجدل والاختلاف حول تحديد تعريف واضح لها، وبالتالي صعوبة تحديد أسبابها، على الرغم من أن هؤلاء يبذلون عاديون ولديهم نسبة ذكاء متوسطة، أو فوق المتوسطة إلا أنهم يعانون من صعوبات في تعلم المهارات الأساسية من قراءة وكتابة وحساب وتهجئة، و سنعرض اهم التعاريف المقدمة لاضطراب صعوبات التعلم :

_ تعريف (كيرك) 1963KIRK: يشير مفهوم صعوبات التعلم إلى " تخلف أو اضطراب أو تأخر تطور واحد أو أكثر من عمليات الكلام واللغة والقراءة والكتابة والحساب أو المواد الدراسية الأخرى التي تنشأ من الإعاقة النفسية التي يسببها الاختلال الوظيفي لنصفي المخ أو الاضطرابات السلوكية والوجدانية كما أنه ليس نتيجة للتخلف أو غياب بعض الحواس أو العوامل التعليمية أو الثقافية. (بادي حياة، 2015، ص68).

_ تعريف (بيتمان) (BITMAN) 1964: لقد عرف الأطفال ذوي الصعوبات التعلم بأنهم "هؤلاء الأطفال الذين يظهرون اضطراباً تعليمية واضحة بين مستوى الأداء العقلي المتوقع وبين المستوى الفعلي المرتبط بالاضطرابات الأساسية في العملية التعليمية والتي قد تنشأ عن الاختلاف الوظيفي للعصب المركزي، في حين أنها ترتبط بالتخلف العقلي العام أو الاضطراب الوجداني أو الثقافي أو غياب الحواس".

_ تعريف الهيئة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم 1981: ظهر هذا التعريف نتيجة للانتقادات التي وجهت الى التعريف الفيدرالي الصادر عام 1977، وينص على ان صعوبات هي مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات التي تظهر في المشكلات التي تتعلق بمجالات الاستماع والحديث والقراءة والكتابة والاستدلال واجراء العمليات الحسابية ، والتي تكمن داخل الفرد والتي ترجع الى الخلل الوظيفي في الجهاز العصبي المركزي والتي تصاحبها بعض الاعاقات مثل (الاعاقة الحسية، التأخر العقلي ، الاضطرابات الانفعالية الشديدة) او بعوامل بيئية مثل (الفروق الثقافية والتعليم غير الملائم) الا انها غير ناتجة مباشرة لتلك الظروف . (سليمان عبد الواحد 2010، ص33).

2_ النظريات المفسرة لاسباب لصعوبات التعلم:

⇒ النظرية النيورولوجية:

وتتضمن هذه النظرية الخلل الوظيفي البسيط أو إصابة المخ كتفسيرات لصعوبات التعلم، حيث يرى أصحاب هذه النظرية أن إصابة المخ من الأسباب الرئيسية لصعوبات التعلم إذ يمكن أن تؤدي الإصابة في نسيج المخ إلى ظهور سلسلة من جوانب التأخر في النمو في الطفولة المبكرة وصعوبات في التعلم المدرسي بعد ذلك، ففي حين أن خلل المخ الوظيفي يمكن أن يؤدي إلى تغيير في وظائف معينة تؤثر على الطفل أثناء التعلم مثل عسر القراءة واختلال الوظائف اللغوية وترجع إصابة المخ إلى أسباب عديدة منها: نقص الأكسجين، أو الإختناق، نقص التغذية، أو حالات سيولة الدم ويحدث ذلك قبل أو أثناء أو بعد الولادة. (اسماء خوجة، 2019، ص 36).

كما يشير (فتوح سعادات) إلى أن التلف الدماغي المكتسب، هو أكثر الأسباب المؤدية لصعوبات التعلم، والذي قد يكون نتيجة للأسباب التالية:

- ◆ **ما قبل الولادة:** تتضمن تغذية الأم خلال فترة الحمل، والأمراض التي تصيب الأم أثناء الحمل خاصة بالأشهر الأولى منه، وكذلك تعرضها للإشعاعات وعدم التوازن الغذائي وتعاطي المخدرات والكحوليات، وتسمم الحمل نتيجة أخذ بعض الأدوية والمضادات الحيوية وخصوصا التي تكون من مركباتها الثالديمين، الأريجون .
- ◆ **أثناء الولادة:** تتضمن نقص الأكسجين نتيجة إلتفاف الحبل السري على الجنين، أو الضغط على الجنين، إنفصال المشيمة، النزيف الشديد، إستخدام الأجهزة الطبية والأدوات المستخدمة، وكذلك الولادة المبكرة أو المتعسرة.

♦ **بعد الولادة:** تتضمن الحوادث التي قد تؤدي إلى إرتجاج المخ مثل التهاب الدماغ والتهاب السحايا والحصبة الألمانية والحمى القرمزية التي يمكن أن تؤثر في الدماغ وأجزاء أخرى من النظام العصبي.

⇒ النظرية الإدراكية الحركية:

أطلق عليها هذا الاسم لأنها ركزت على النمو الحسي _ الحركي والنمو الإدراكي الحركي لان هذين الجانبين يعكسان حالة الجهاز العصبي للطفل من حيث سلامته ، كما تعكس الخبرات العقلية الحركية التي تم اكتسابها في فترة سابقة، وكذلك الوضع الحالي للنمو، الإدراكي الحركي ،ومن هذه النظريات وفق ما أشار إليه (ليرنر) LERNER1985 عدة نظريات لكن نكتفي فقط بذكر نظرية (جتمان): . (اسماء خوجة ، 2019 ، ص 37).

✓ **نظرية جتمان (البصرية الحركية):** إهتمت هذه النظرية بمظاهر النمو البصري الحركي وعلاقته بالتعلم، وقد أوضح (جتمان) قدرة الطفل على إكتساب المهارات الحركية الإدراكية في مراحل متتابعة تمثل التطور الذي يحصل في هذا الجانب، و كل مرحلة تعتمد على سابقتها وهذه المراحل هي :

♦ **نمو الاستجابة الاولى:** وهو الجهاز المسؤول عن الإنعكاسات الحركية الأولية التي يبديها الطفل منذ الولادة ، مثل : منعكس الرقبة والمنعكس التبادلي في حركة الجسم الإندفاعية وغير الإندفاعية ، واسترخاء الجسم و إستعداده ، وكذلك منعكس اليد ومنعكس الضوء. وهذا الجهاز يعد العضو الأساس في عملية التعلم المستقبلي .

♦ **نمو جهاز الحركة العامة:** وهو الجهاز الذي تُعزى إليه عمليات الزحف ، والنهوض ، والوقوف دون مساعدة ، والمشي والركض، والقفز .

♦ نمو جهاز الحركة الخاصة: المسؤول عن الحركات التي تعتمد على المرحلتين السابقتين ،وهذه الحركات تبين علاقة اليد بالعين ،وعلاقة اليد بالقدم ،وحركة اليدين معا إذ لاحظ (جتمان) أن الأطفال الذين لديهم صعوبات تعلم لا يستطيعون قص الزوايا أو تلوين المربعات.

♦ نمو الجهاز الحركي البصري :إن من العوامل المهمة لنجاح التعلم الصفي حركة العينين إذ تشتمل هذه الحركات البصرية على نقل البصر من منطقة إلى أخرى، ومتابعة الأجسام المتحركة ،وقدرة العيون على الحركة في كل الإتجاهات والتركيز داخل غرفة الصف. وهذا يكون له أثر كبير على عملية التعلم الصفي .

♦ الذاكرة السمعية والبصرية والحركية: تتضمن مقدرة الفرد على التذكر ،أو تخيل أشياء في حالة عدم وجود المثير الحسي الأصلي ،وهي ما نطلق عليه في العادة إسم الخيال ،ومن الممكن أن تكون ذاكرة آنية أو مستقبلية أو من الماضي

♦ الإبصار والادراك: يعد الإبصار والإدراك عملية عقلية يتعامل من خلالها الفرد مع الأشياء بصورة مباشرة كما في الإدراك الحسي أو بصورة غير مباشرة كما في الإدراك المجرد ،وهو على أي حال يكون نتيجة لجميع المراحل السابقة.

♦ الإدراك الفردي للمفاهيم المجردة والتمييز والنمو العقلي: يعد هذا المستوى من الإدراك هو آخر مرحلة راحل من نمو الفرد إدراكيا ويكون فيها قادرا على التعامل مع رموز الاشياء وليس مع الاشياء ذاتها..

وحسب نظرية جتمان لابد من أن تتم السيطرة على كل مرحلة من المراحل المذكورة واثقانها و ممارستها بشكل جيد قبل الإنتقال للمرحلة اللاحقة. (اسماء خوجة ،2019 ، ص 38).

نظرية التأخر في النضج (المدخل النمائي): يذهب اصحاب هذه النظرية الى تفسير صعوبات التعلم على أنها تعكس بطئا في نضج العمليات البصرية ، والحركية ، واللغوية ، وعمليات الانتباه التي تميز النمو المعرفي ، ونظرا لان كل فرد يعاني من صعوبات تعلم لديه مظاهر مختلفة من جوانب بطئ النضج ، فان كل منهم يختلف في معدل واسلوب اجتيازه لمراحل النمو ،ونظرا لان المنهج المدرسي يفوق مستويات استعداد الافراد الذين يعانون من عدم كفاءة المخ بدرجة ما فان هؤلاء الافراد يفشلون في المدرسة.

النظرية السلوكية:

يفترض النموذج السلوكي ان الاطفال ذوي صعوبات التعلم يفشلون للعديد من الأسباب بخلاف الاختلاف العصبي حيث لا ترجع صعوبة التعلم بالضرورة الى عوامل داخلية لدى الفرد بل إن هناك عوامل خارجية مثل متغيرات السياق الاجتماعي وتاريخ تعلم الطفل من الامور الهامة الحاسمة في نمو واكتساب المهارات الأكاديمية ، كما أن علاج مشكلات التحصيل ستم بشكل افضل عن طريق تعديل الظروف البيئية التعليمية للطفل ،ومن الأشياء التي يولي لها المنظرون للنموذج السلوكي إهتماما باعتبارها من مسببات الصعوبة مايلي: . (اسماء خوجة ، 2019 ، ص 40).

الاتجاهات الوالدية: تلعب الاتجاهات الوالدية دورا كبيرا في تشكيل الصعوبة لدى الطفل وخاصة أطفال الاسرة التي يكون فيها اتجاه الابوين سلبيا نحو الانجاز والتحصيل،فهذا يدفع الطفل الى الابتعاد دائما عن الدراسة واللامبالاة مما يؤدي الى انخفاض تحصيله في المواد الدراسية وبالتالي تشكل لديه صعوبات تعليمية.

✓ **الحرمان البيئي وسوء التغذية:** حيث تشير دراسة (مارتن 1984) أن هناك دلائل على أن الاطفال الذين يعانون من نقص في التغذية في بداية حياتهم خاصة في السنة الاولى يتعرضون لقصور في النمو الجسمي خاصة وفي نمو الجهاز العصبي المركزي مما يؤدي الى ظهور صعوبات في التعلم لديهم، كما أن الكثير من أطفال الطبقات الاجتماعية الفقيرة يعانون من قصور في المهارات اللغوية الاساسية عندما يدخلون المدرسة، وأن هذا القصور يؤثر على مهارات القراءة والكتابة والحساب عبر مراحل الدراسة المختلفة.

✓ **إستراتيجيات التدريس:** تؤثر إستراتيجية التدريس غير الفعالة في البيئة المدرسية تأثيرا سلبيا في الاتجاه السلوكي حيث إنها تؤثر بطريقة كبيرة على مستوى تحصيل الطلاب ، كما أن عدم مناسبة طريقة التدريس لميول التلاميذ تؤدي إلى حدوث صعوبات تعليمية للتلميذ .

✓ **الأسلوب المعرفي للفرد:** فالأطفال ذوي صعوبات التعلم لديهم اسلوب معرفي مندفع ، فهم يفتشون في التركيز داخل الفصل والتركيز على المهمة مما يؤدي الى تدني مستوى التحصيلي ، ويفترض أصحاب هذا الاتجاه في تفسير صعوبات التعلم هم أطفال ذوو قدرات سليمة ، ومع ذلك فإن أساليبهم المعرفية غير ملائمة لمتطلبات حجرة الدراسة وان هؤلاء الاطفال يتعلمون بشكل جيد حين تتناسب المهام المدرسية مع الاساليب المعرفية المفضلة لديهم. (اسماء خوجة ، 2019 ، ص 41).

☞ نموذج العمليات النفسية:

يركز هذا النموذج على أن التجهيز العقلي للمعلومات يعتمد على العمليات الادراكية وقدرات الإنتباه والذاكرة ، ولقد إنبتق نموذج العمليات النفسية الاساسية عن النموذجين

الإدراكي الحركي والنفس لغوي، ويمثل هذا النموذج الاتجاه النفسي في دراسة صعوبات التعلم ، كما أظهرت نتائج دراسات عديدة أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من قصور في عملية الانتباه أكثر من أقرانهم العاديين ، وان صعوبات التعلم في حالة من التأخر النمائي في الانتباه الانتقائي .

وعلى هذا نجد العمليات النفسية الأساسية من المكونات الهامة في معظم تعريفات صعوبات التعلم، وقد ذكر في هذه التعريفات الإضطراب في تلك العمليات النفسية الأساسية يعتبر من المظاهر الأولية للإضطراب الوظيفي البسيط وأيضا المشكلات الأكاديمية لذوي صعوبات التعلم.

نظرية تجهيز ومعالجة المعلومات (المدخل المعرفي):

إن تجهيز ومعالجة المعلومات كأحد المكونات الهامة في علم النفس المعرفي في تفسير السلوك الانساني على إختلاف مظاهره ، ومجالاته من أفضل الاتجاهات لفهم الكثير من جوانب النشاط العقلي المعرفي المرتبط بهذا السلوك ، فهذا الاتجاه يهتم بدراسة كيفية اكتساب المعلومات وتخزينها واستعادتها عند الضرورة كما يهتم بدراسة الانماط التي يستخدمها الفرد في معالجة المعلومات . (اسماء خوجة ، 2019 ، ص 42).

وتنظر نظرية تجهيز ومعالجة المعلومات إلى المخ الانساني على أنه أشبه بالحاسب الآلي ، فكلاهما يستقبل المعلومات ، ويجرى عليها بعض العمليات ثم يعطي وينتج بعض الاستجابات المناسبة ، لذا تركز هذه النظرية على كيفية استقبال المخ للمعلومات ومن ثم تحليلها وتنظيمها.

وتفترض نظرية تجهيز ومعالجة المعلومات وجود مجموعة من ميكانيزمات التجهيز داخل الكائن الحي، كل منها يقوم بوظيفة اولية معينة ، وأن هذه العمليات يفترض فيها أن تنظم وتتابع على نحو معين ،وتسعى هذه النظرية الى فهم السلوك الانسان حين يستخدم إمكاناته العقلية والمعرفية أفضل إستخدام ،فعندما تقدم للفرد معلومات فيجب عليه إنتقاء عمليات عقلية معرفية معينة وترك عمليات أخرى في الحال .

ويستخدم مصطلح تجهيز ومعالجة المعلومات للإشارة إلى العديد من المداخل المعرفية لدراسة السلوك الانساني ،حيث يمكن فهم العمليات العقلية للانسان بصورة افضل إذا نظرنا اليها كنظام من المدخلات _العمليات أو المعالجات _ المخرجات وهو النظام الذي يتعبه النظام الانساني في أثناء قيامه بالتسجيل الرمزي للمعلومات واختزانها واسترجاعها .

ومما تقدم يتضح أنه يمكن النظر إلى عملية معالجة وتجهيز المعلومات بوصفها عملية تتابع أو تعاقب لعمليات الاكتساب ، والتجهيز والمعالجة ، والتخزين والاسترجاع وأن محور الاهتمام في اتجاه معالجة وتجهيز المعلومات يتحدد في عمليات او ميكانيزمات التجهيز والمعالجة الداخلية التي تتم أثناء أداء الافراد للأنشطة العقلية المعرفية المختلفة .ويؤكد اصحاب هذا الاتجاه على الطبيعة الدينامية لتلك العمليات ، وعلى اعتبارها عمليات مترابطة أكثر منها منفصلة . (اسماء خوجة ، 2019 ، ص 41).

لذلك تنظر نظرية تجهيز ومعالجة المعلومات الى الفرد نظرة شاملة و متكاملة، وتبحث جاهدة للكشف عن العمليات التي تكمن خلف القدرات العقلية لديه ،ومدى قدرته على استخدام النمط المناسب في عملية تجهيز ومعالجة المعلومات عندما يتعرض لموقف

تعليمي ما، ودراسة الصعوبات التي تعوقه عن استخدام هذا النمط الذي ربما يسهم بشكل فعال في تحسين عملية التعلم لديه.

3_ محكات تشخيص ذوي صعوبات التعلم:

يؤكد العلماء على وجود عدة محكات تستخدم لتشخيص وتحديد الأشخاص الذين يعانون من صعوبات في التعلم، وهذه المحكات هي:

✓ **محك التباين** : ويقصد به تباعد المستوى التحصيلي للطالب في مادة عن المستوى المتوقع منه حسب حالته وله مظهران: . (اسماء خوجة، 2019، ص 34).

أ_ التفاوت بين القدرات العقلية للطالب والمستوى التحصيلي .

ب_ تفاوت مظاهر النمو التحصيلي للطالب في المقررات أو المواد الدراسية. فقد يكون متفوق في الرياضيات عاديا في اللغات ويعاني صعوبات تعلم في العلوم أو الدراسات الإجتماعية، وقد يكون التفاوت في التحصيل بين أجزاء مقرر دراسي، واحد ففي اللغة العربية مثلا قد يكون طلق اللسان في القراءة، جيدا في التعبير ولكنه يعاني من صعوبات في إستيعاب دروس النحو أو حفظ النصوص الأدبية

✓ **محك الاستبعاد**: حيث يستبعد عند تشخيص وتحديد فئة صعوبات التعلم الحالات الأتية: التخلف العقلي، الإعاقات الحسية، المكفوفين، الصم، ضعف البصر، ضعف السمع، ذوي الإضطرابات الإنفعالية الشديدة، حالات نقص فرص التعلم أو الحرمان الثقافي . . (اسامة فاروق مصطفى، 2010، ص236).

✓ **محك التربية الخاصة:** مفاده أن ذوي صعوبات التعلم لا تصلح لهم طرق التدريس المتبعة مع التلاميذ العاديين فضلا عن عدم صلاحية الطرق المتبعة مع المعاقين ، وإنما يتعين توفير لون من التربية الخاصة من حيث التشخيص والتصنيف والتعليم يختلف عن الفئات السابقة.

✓ **محك المشكلات المرتبط بالنضوج:** حيث نجد معدلات النمو تختلف من طفل لآخر مما يؤدي إلى صعوبة تهيئة لعمليات التعلم فما هو معروف أن الأطفال الذكور يتقدم نموهم بمعدل أبطأ من الإناث مما يجعلهم في حوالي الخامسة أو السادسة غير مستعدين أو مهئين من الناحية الإدراكية لتعلم التمييز بين الحروف الهجائية و القراءة والكتابة ، مما يعوق تعلمهم اللغة، ومن ثم يتعين تقديم برامج تربوية تصحح قصور النمو الذي يعوق عمليات التعلم ، سواء كان هذا القصور يرجع لعوامل وراثية أو تكوينية أو بيئية ومن ثم يعكس هذا المحك الفروق الفردية في القدرة على التحصيل.

✓ **محك العلامات النيورولوجية (المحك الطبي):** ويقوم هذا المحك على أساس أنه يمكن التعرف على صعوبات التعلم من خلال التلف العضوي في المخ أو الإصابة البسيطة في المخ والتي يمكن فحصها باستخدام رسام المخ الكهربائي وتتبع التاريخ المرضي للطفل. (اسماء خوجة ، 2019 ، ص 34).

4_ تصنيف صعوبات التعلم:

يكاد يكون هناك اتفاق بين المتخصصين والعاملين في مجال صعوبات التعلم على تصنيف هذه الصعوبات تحت تصنيفين رئيسيين هما: (مثال عبد الله غني ، 2010 ، ص ص ، 155، 154).

✓ **Development Learnig Disabilities: صعوبات التعلم النمائية:**

وهي الصعوبات التي تتعلق بالوظائف الدماغية، وبالعمليات العقلية والمعرفية التي يحتاجها الطفل في تحصيله الأكاديمي، وقد يكون السبب في حدوثها اضطرابات وظيفية تخص الجهاز العصبي المركزي، ويقصد بها تلك الصعوبات التي تتناول العمليات ما قبل الأكاديمية، التي تتمثل في العمليات المعرفية المتعلقة بالانتباه، والإدراك والذاكرة والتفكير واللغة، والتي يعتمد عليها التحصيل الأكاديمي، وتشكل أهم الأسس التي يقوم عليها النشاط العقلي المعرفي للفرد هذه الصعوبات يمكن أن تقسم إلى نوعين فرعيين ، وهما:

♦ صعوبات أولية : مثل الانتباه ، والإدراك ، والذاكرة.

♦ صعوبات ثانوية : مثل التفكير ، والكلام ، والفهم واللغة الشفوية.

وتؤثر صعوبات التعلم النمائية في ثلاثة مجالات أساسية هي:

-النمو اللغوي - النمو المعرفي. - نمو المهارات البصرية الحركية

✓ صعوبات التعلم الأكاديمية: Academic Learning Disabilities

ويقصد بها صعوبات الأداء المدرسي المعرفي الأكاديمي، والتي تتمثل في القراءة و الكتابة و التهجئة و التعبير الكتابي و الحساب، وترتبط هذه الصعوبات إلى حد كبير بصعوبات التعلم النمائية، فمثلاً:

- تعلم القراءة يتطلب الكفاءة والقدرة على فهم واستخدام اللغة، ومهارة الإدراك السمعي للتعرف على أصوات حروف الكلمات (الوعي أو الإدراك الفونيمي)، والقدرة البصرية على التمييز وتحديد الحروف والكلمات

تَعلم الكتابة يتطلب الكفاءة في العديد من المهارات الحركية مثل: الإدراك الحركي، التآزر الحركي الدقيق لاستخدامات الأصابع، وتآزر حركة اليد والعين وغيرها من المهارات .

تَعلم الحساب يتطلب كفاية مهارات التصور البصري المكاني، والمفاهيم الكمية، والمعرفة بمدلولات الأعداد وقيمتها وغيرها من المهارات الأخرى.

5_ خصائص الاطفال ذوي صعوبات التعلم:

و فيما يلي عرض لجملة من الخصائص التي تم تصنيفها و ملاحظتها عند الأطفال ذوي صعوبات التعلم: (عطاء الله بن يحيى، 2009، ص 31).

✓ الخصائص المعرفية:

- ◆_ صعوبة استخدام المعلومات في حل المشكلات ، مع تكرار الفشل الأكاديمي .
- ◆_ الانخفاض الواضح في التحصيل الدراسي في واحدة أو أكثر من المهارات الأكاديمية الأساسية كـ مهارة القراءة ، و الكتابة ، و الحساب .
- ◆_ عدم التريث و التروي أثناء الإجابة على الأسئلة ، و عدم القدرة على تنظيم مهام التعلم ، و التشويش على الأقران أثناء عملية التعلم .
- ◆_ الفشل في استخدام استراتيجيات سليمة تمكنه من تخزين و استرجاع المعلومات بسهولة كما يفعل العاديون .

◆_ صعوبة في الانتباه الانتقائي الإرادي لمدة كافية للتعلم و التي يتسبب عنها :

* الفشل في إنهاء الواجبات التي يبدأ بها.

* عدم الإصغاء في الغالب .

* سرعة تحول الانتباه.

* صعوبة التركيز على الأعمال المدرسية و الواجبات الأخرى التي يتطلب الحفاظ على الانتباه.

* صعوبة في انتظار الدور .

* يحتاج إلى كثير من الإشراف.

* يتحمل كثيراً لذلك يعاني صعوبة الجلوس لفترة طويلة .

* كثرة التقل و الركض و إتلاف الأشياء

✓ الخصائص اللغوية:

◆ _ يعاني ذوو صعوبات التعلم من صعوبات في اللغة الاستقبالية و اللغة التعبيرية ، بالإضافة إلى عدم وضوح بعض الكلام نتيجة حذف أو إبدال أو تشويه أو إضافة أو تكرار لبعض أصوات الحروف

◆ _ يواجه صعوبة في التمييز البصري عند القراءة بين الحروف المتشابهة و الكلمات.

◆ _ يواجه صعوبة في التمييز السمعي عند القراءة فهو غير قادر على التمييز بين أصوات الألفاظ اللغوية.

◆ _ يواجه صعوبة في فهم قواعد اللغة و استخدامها. (عطاء الله بن يحيى، 2009، ص 32).

✓ الخصائص الحركية:

◆ _ قصور في التآزر الحركي .

◆ _ قصور في النشاط ، مع الشعور بالتراخي ، و الكسل وعدم الاستفادة من خبرات التعلم.

◆ _ وجود مشكلات في المهارات الحركية الصغيرة الدقيقة و التي تظهر على شكل طفيف في الرسم والكتابة و استخدام المقص ..و غيرها .

♦_وجود مشكلات في المهارات الحركية الكبيرة و التي تظهر في المشي و القفز و الرمي. (عطاء الله بن يحيى، 2009، ص32).

✓ الخصائص الاجتماعية :

♦_عدم القدرة على تحمل المسؤولية الاجتماعية و انخفاض معدل التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.

♦_الانسحاب الاجتماعي و الميل للعمل الفردي .

♦_وجود اتجاهات سالبة نحو المدرسة ، وتفاعل سلبي مع الزملاء و المعلمين .

♦_صعوبة الضبط الذاتي فيما يصدر عنهم من أفعال تكون غير مناسبة تجاه الآخرين فهم لا يقدر و نتائج سلوكياتهم تجاه الآخرين.

♦_الاتكالية فيظهرون دائماً اعتماداً متزايداً على الآباء و المعلمين أو غيرهم و التي تبرز بصورة طلب المساعدة الزائدة أو بث الطمأنينة في نفوسهم أثناء تأديتهم للنشاطات و يصرون على حاجتهم لمساعدة غيرهم لهم.

♦_مفاهيمهم عن ذاتهم ضعيفة فهي في العادة دائماً سلبية أو متدنية. (عطاء الله بن يحيى، 2009، ص 33).

✓ الخصائص السلوكية :

إن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يتميزون ببعض الخصائص السلوكية و التي تمثل انحرافاً عن معايير السلوك السوي للأطفال العاديين ممن هم في مثل سنهم ، و تلك الخصائص تتوافر و تنتشر بين الأطفال ذوي صعوبات التعلم ، و يظهر تأثيرها على مستوى تقدم الطفل في المدرسة و عدم قابليته للتعلم ، بل و تؤثر أيضاً على شخصية الطفل صاحب الصعوبة في التعلم ، و قدرته على التعامل مع الآخرين سواء كان ذلك في المدرسة أو خارجها ، و تظهر عليه أعراض

اضطرابات السلوك ، و تختلف حدة تلك الاضطرابات من طفل إلى طفل آخر حسب درجة و نوع الصعوبة لديه .

6_ الاساليب والاستراتيجيات التربوية المستخدمة في علاج صعوبات التعلم:

هناك عدة اساليب واجراءات تستخدم مع الاطفال ذوي صعوبات التعلم نذكر منها : (بادي حياة ،2015،،ص ص89،88).

✓ **التدريب القائم على تحليل المهمة وتبسيطها:** ويقصد به التدريب على مهارات ضرورية ومحددة لأداء مهام معينة خاصة بالمواضيع الأكاديمية الأساسية كالقراءة والكتابة والحساب، تستخدم هذه الاستراتيجية أسلوب تبسيط وتحليل مكونات المادة المدروسة واحدة بواحدة حتى يتمكن الطفل من استيعابها اوتقانها، ومن ثم ينتقل إلى عناصر أخرى أصعب وأدق ويرى الكثير من المختصين في هذا المجال أنه الأسلوب الأكثر فعالية في علاج الصعوبات الأكاديمية البسيطة.

✓ **التدريب القائم على العمليات النفسية:** يتطلب هذا الأسلوب وجود عجز نمائي لدى الطفل في العمليات النفسية الأساسية كالانتباه والفهم والمقارنة والتعميم وذلك لتحسين وتدريب القدرات العقلية بهدف تطوير هذه العمليات لتجنب أوتدارك ما قد يعاني منه الطفل من صعوبات أكاديمية لاحقاً، لذا هذا الأسلوب يكون أنسب لأطفال ما قبل المدرسة.

✓ **التدريب القائم على تحليل المهمة والعمليات النفسية:** تعتمد هذه الاستراتيجية على دمج الأسلوبين السابقين، بتقييم قدرات الطفل وصعوباته، والقيام بتحليل المهمة ومعرفة المهارات الواجب تنميتها. وهو ضروري لعلاج الحالات الشديدة التي تعاني من صعوبات نمائية وأكاديمية معا.

✓ **تعديل السلوك المعرفي:** يعد أسلوب تعديل السلوك من الأساليب التي يعتمد عليها في معالجة المشاكل السلوكية لدى الطفل التي تعوق تقدمه أكاديمياً، ومن أهم طرق التعامل مع الطفل التشجيع الدائم له، و أهم أساليب تعديل السلوك أسلوب التعلم الذاتي وأسلوب مراقبة الذات.

✓ **التدريب النفسي التربوي:** يتضمن هذا النموذج التدريب على برنامج متكامل للأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم لمعالجة نواحي القصور الممكنة لدى الأطفال وتعتبر رزمة

(فالييت)(VALLET) 1974 أحد أكثر الرزم العلاجية فاعلية وأكثرها استخداما ومن بين هذه البرامج برنامج النمو الحركي الكبير، برنامج التكامل الحسي الحركي، برنامج المهارات الإدراكية الحركية، برنامج النمو اللغوي، برنامج المهارات المفاهيمية وبرنامج المهارات الاجتماعية.

المحاضرة العاشرة: الخدمات التربوية والنفسية والاجتماعية المقدمة للمضطربين سلوكياً وانفعالياً

لقد ازداد الاهتمام حديثاً بظاهرة الاضطراب الانفعالي والسلوكي لدى الاطفال وعلى كافة المستويات التربوية والاجتماعية والطبية على اعتبار ان مثل هذه الاضطرابات تعيق الاداء الوظيفي النفسي لدى الأفراد وتؤثر في مستوى تكيفهم النفسي والاجتماعي مما ينعكس بالتالي في طبيعة تفاعلاتهم الاجتماعية ومستوى ادائهم الاكاديمي والإنتاجي. وانطلاقاً من ذلك برزت اتجاهات في السنوات الاخيرة دعت الى دراسة هذه الظاهرة و اخذها على محمل الجد واكدت الحاجة الماسة الى الاهتمام بنوعية البرامج الخدماتية التي يفترض تقديمها للاطفال المضطربين انفعالياً وسلوكياً ، وهكذا فقد تنوعت البرامج الخدماتية لتشمل المجالات النفسية والتربوية والاجتماعية والطبية. وفيما يلي عرض لانواع هذه الخدمات:

① الخدمات التربوية:

تعد الخدمات التربوية من أكثر الخدمات أهمية في حياة الاطفال العاديين عموماً والمضطربين على وجه الخصوص وذلك لان الاطفال يمضون فترة طويلة في المدرسة، بحيث فيها تتبلور انماط شخصيتهم، وفيها يتم اكتسابهم للمعارف والخبرات وتتوفر فيها فرص التفاعل الاجتماعي وفرص التهذيب والضبط وتنمية المهارات والاتجاهات ،ومن الخدمات التربوية التي تقدم لشريحة الاطفال المضطربين انفعالياً وسلوكياً البرامج التالية: (عماد عبد الرحيم الزغلول ، 2006، ص ص 107،108).

✓ برامج الدمج في الصفوف العادية:

ظهرت في العقود الاخيرة من القرن الماضي اتجاهات تنادي بضرورة عدم عزل الافراد ذوي الاحتياجات الخاصة بما فيهم أولئك الذين يعانون من صعوبات تعلم أو اضطرابات انفعالية وسلوكية عن اقرانهم العاديين في الصفوف المدرسية وذلك من اجل ضمان ان ينشأ مثل هؤلاء الاطفال في بيئة تربوية طبيعية، يتفاعلون فيها مع اقرانهم العاديين وتتوفر لهم نفس الامكانيات المتاحة.

وتكمن الفلسفة من وراء فكرة الدمج في تعزيز مفهوم الذات لدى الافراد المضطربين انفعالياً وسلوكياً

ومساعدتهم على النمو الاجتماعي وذلك لان عملية الدمج توفر الشعور بالأمن لمثل هؤلاء الاطفال وتشعرهم بأنهم اطفال عاديين كغيرهم من الاطفال الاخرين.

وتأكيداً لذلك فقد نصت بعض القوانين التي تدعو الى ذلك وتنص على ضرورة توفير بيئة اقل تقييداً لهؤلاء الاطفال. وتحقيقاً لذلك فان مثل هذه البرامج تقتضي تدريب المعلمين على كيفية دمج الاطفال المضطربين انفعاليا وسلوكياً مع الاطفال العاديين وتوفير اربعة انواع من الخدمات تتمثل فيما يلي:(خولة احمد يحي،2000، ص 134).

أ. الخدمات الوقائية:

ربما تكون الوقاية من اكثر الوظائف الهامة بالنسبة للمعلم ، بحيث يستطيع المعلم توفير جو مناسب من الصحة النفسية في الصف العادي تسوده الانتاجية والاستجابات المناسبة ، بحيث يساعد الاطفال على التفاعل مع القلق والاحباط والسلوك اللاتكفي والعدوان .

ب. برامج الاحالة:

عندما يكتشف المعلم بعض حالات الاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي يصعب عليه التعامل معها، يفترض به تحويل مثل هذه الحالات الى برامج التدخل المناسبة من أجل اتخاذ الاجراءات العلاجية المناسبة لمثل هذه الحالات. وهذا بالطبع يعني توفر مهارات وخبرات عملية في القياس والتشخيص لدى المعلم بحيث تمكنه من التعرف على دوافع وانفعالات الاطفال ومشكلاتهم السلوكية.

ج. الخطط التربوية الفردية:

قد يضطر المعلم الى التعامل مع حالات متباينة الشدة ومختلفة من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، وهذا يعني بالطبع عدم جدوى طريقة علاجية تربوية محددة لمثل هذه الحالات، مما يتطلب من المعلم ان يضع خطط علاجية فردية خاصة بكل حالة من هذه الحالات. وهنا ينبغي توفر مهارات وقدرات لدى المعلم على اتخاذ القرارات المناسبة فيما يتعلق بإعداد البيئة المناسبة

للتعلم والتفاعل وتحديد الاهداف الملائمة وإجراءات البرنامج العلاجي المناسب لكل حالة من الحالات التي يتعامل معها.

د. التكامل في تقديم الخدمات:

لضمان تحقيق الاهداف المرجوه ومساعدة الاطفال على التكيف السليم وتطوير قدراتهم على التعلم والاكنتساب، يتطلب الامر عدم تفرد المعلم في وضع الخطط التربوية المناسبة، اذ ينبغي عليه اشراك مجموعة من المختصين في وضع مثل هذه الخطط تشمل المعلمون والاهل والاختصاصيين النفسيين، مما يجعل من الخطط أكثر واقعية وملائمة للحالة، ويسهل بالتالي من اجراءات تنفيذها على نحو فعال. (عماد عبد الرحيم الزغلول ، 2006، ص ص 109).

✓_الصفوف الخاصة :

هناك من يعارض فكرة الدمج لاعتبارات تتمثل في عدم قبول الاطفال المضطربين من قبل أقرانهم العاديين او لعدم قدرة بعض المعلمين ورغبتهم في تعديل المحتوى والمنهاج والطرائق لتناسب هؤلاء الأطفال لذا برزت اصوات تنادي بضرورة تطوير صفوف او غرف مصادر خاصة للتعامل مع الاطفال المضطربين انفعالياً وسلوكي يمتاز صف التربية الخاصة في كونه يمثل بيئة تعليمية خاصة يستخدم المعلم فيه اساليب وطرائق تدريس تتلائم وخصائص ا لاطفال المضطربين، ويساعد مثل هذا الصف في عزل المضطربين لبعض الوقت وعلى نحو جزئي عن اقرانهم العاديين، مما يوفر لهم جواً من الامن والشعور بالراحة النفسية. كما يساعد صف التربية الخاصة المعلم في تهيئة بيئة تعليمية مناسبة وتتوفر فيها خدمات علاجية وانشطة تتناسب وحاجات مختلف الاطفال المضطربين.

✓_المدارس الخاصة:

هناك فريق من اخصائي التربية الخاصة يدعو الى وضع الاطفال المضطربين انفعالياً وسلوكياً في مدارس خاصة بحجة ان مثل هذه المدارس توفر خدمات وتسهيلات تعليمية وعلاجية لهؤلاء

الاطفال لا توجد مثلها في المدارس العامة. ومن هذه الخدمات ما يلي: (خولة احمد يحي
،2006، ص144)

_ توفر الكوادر الخبيرة والمدرية في مجال رعاية وتدريب الاطفال المضطربين انفعالياً وسلوكي.

_ الاستمرارية والمتابعة في تقديم الخدمات، بحيث تمتاز مثل هذه الخدمات بالتخصصية
والشمولية.

_ توفر الوسائل والادوات والمناهج ومصادر التعلم المناسبة للمضطربين انفعالياً وسلوكي أ.

_ توفر البيئة المناسبة، حيث تصمم المدارس على نحو يتناسب وخصائص الاطفال المضطربين
وتساهم غرف خاصة مثل غرف العزل في ملاحظتهم وعزلهم وضبط سلوكياتهم. ففي مثل هذه
المدارس يتوفر غرف الارشاد وغرف الملاحظة، ومثل هذه التسهيلات قد لا تتواجد في المدارس
العامة.

_ توفر فريق من الاختصاصيين في المجالات التربوية والاجتماعية والنفسية والطبية القادرين على فهم

حاجات الاطفال المضطربين انفعالياً وسلوكياً، ولديهم القدرة على توفير الخدمات المساندة لمثل
هؤلاء الاطفال.

_ توفر المعلمون المؤهلين و الاكثر تفهما لمشكلات وحاجات الاطفال المختلفة والمدرين على
مساعدة هؤلاء الاطفال في التخلص من المشكلات التي يعانون منها.

✓ الخدمات التربوية المساندة:

وتتمثل في توفير خدمات داعمة للأطفال المضطربين في الصفوف العادية وذلك من خلال التعاون
بين التربويين و اخصائي التربية الخاصة. وتهدف مثل هذه الخدمات الى مساعدة المعلمين على
التعامل مع الاضطرابات الانفعالية والسلوكية المختلفة بكفاءة وفعالية. وتشتمل الخدمات المساندة
او الداعمة على ما يلي: (عماد عبد الرحيم الزغلول ، 2006، ص111).

_ خدمات التشخيص: يسهم اخصائي التربية الخاصة في تزويد المعلمين بالمهارات اللازمة للحصول على البيانات والمعلومات التي تمكنهم من تشخيص حالات الاضطراب والتعرف عليها. كما ويسهم في تدريب المعلمين على توظيف ادوات القياس المناسبة وكيفية ادارتها وتفسير نتائجها مما يتيح بالتالي للمعلم من وضع البرامج العلاجية التربوية المناسبة.

_ خدمات الاستشارة: ان التعاون الوثيق بين اخصائي التربية الخاصة و المعلم، يوفر للمعلم فرص التواصل والاستشارة بحيث يستفيد من خبرات اخصائي التربية الخاصة في مجال كيفية التعامل مع المشكلات السلوكية التي يظهرها الاطفال المضطربين انفعاليا وسلوكيا. وهذا من شأنه ان يزيد من

كفاءة المعلمين ويحسن من مستوى مهاراتهم و ادائهم في التعامل مع المشكلات السلوكية لدى هؤلاء الأطفال وكذلك في التعامل مع المشكلات والصعوبات التي تواجههم اثناء القيام بواجباتهم.

_ الخدمات الوسيطة: يشكل اخصائي التربية الخاصة حلقة الوصل بين المدرسة والمجتمع المحلي، فمن خلاله يتم التنسيق بين جهود المدرسة والخدمات التي يقدمها المجتمع بما يعود بالنفع على الاطفال المضطربين انفعالياً وسلوكياً وعلى كفاءة المعلمون في اداء مهماتهم.

_ تنوع طرق التدخل: يكفل التعاون بين المعلمون و اخصائي التربية الخاصة في تنوع الخطط العلاجية و تعددها، وهذا مما يعطي الجهود التربوية المبذولة نوعاً من المرونة ، الامر الذي ينعكس ايجابا في علاج الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية التي يعاني منها الاطفال.

②: الخدمات النفسية :

تتمثل الخدمات النفسية في تقديم العلاج النفسي المناسب للاطفال المضطربين انفعاليا وسلوكيا من خلال الاتصال المباشر بين الطبيب المعالج والطفل. ويهدف العلاج النفسي الى ازالة الصراعات والتوترات الداخلية التي يعاني منها الطفل من اجل مساعدته من التكيف والسلوك السوي. هذا وتتباين مدة الاتصال بين المعالج والفرد تبعاً لعمر الفرد، حيث ان الاطفال الاقل عمراً في الغالب هم اقل ميلا للاستمرار في التواصل مع المعالج مقارنة بالاطفال الاكبر عمراً.

و لتفعيل دور العلاج النفسي، لا يقتصر دوره على توظيف وسيلة الاتصال اللفظي مع الاطفال فحسب، لا بل يوظف وسائل علاجية اخرى مثل اللعب الحر، واللعب الخلاق والسايكودراما والموسيقى والكتابة الابداعية وغيرها من الوسائل الاخرى .

وفي بعض الحالات يضطر المعالج النفسي الى توفير الخدمات العلاجية النفسية لاطراف اخرى ذات علاقة بالطفل عندما يكتشف ان مثل هذه الاطراف لها علاقة بحالة الاضطراب الذي يعاني منها الطفل.

وتشمل هذه الاطراف الوالدين والعائلة، بحيث يعمل المعالج النفسي على توفير برامج علاجية فردية أو جماعية يهدف من خلالها مساعدة الوالدين على تجاوز مشكلاتهما وتمكين العائلة من تنظيم طبيعة العلاقات القائمة بين افرادها. (عماد عبد الرحيم الزغلول ، 2006، ص112).

③ الخدمات الاجتماعية:

لما كان الاطفال يشكلون شريحة كبيرة من اي مجتمع، ونظراً لان مثل هؤلاء الاطفال سوف يحتلون مستقبلاً مواقع هامة في المجتمع، جاءت الدعوة الى ضرورة الاهتمام بالأطفال المضطربين انفعالياً وسلوكياً في محاولة للتخفيف من اثار الاضطرابات التي يعانون منها ومساعدتهم بالتالي على النمو والتكيف والتعلم السليم. وتتباين نوعية انواع الخدمات الاجتماعية المقدمة لشريحة الاطفال المضطربين لتشمل عدة مجالات مثل السكن والعائلة والتأهيل المهني والخدمات الاجتماعية الاخرى. وفيما يلي عرض لبعض انواع الخدمات الاجتماعية: (عماد عبد الرحيم الزغلول ، 2006 ، ص ص 106،107).

ـ. الايواء والسكن:

توفر المجتمعات الحديثة مراكز للخدمات الاجتماعية تتمثل في المصحات العقلية العامة والخاصة والمراكز النفسية متعددة الاغراض. وفي هذه المراكز يتم توفير العديد من الخدمات العلاجية للأطفال في بيئة صحية مناسبة ، حيث يتم توفير خدمات النوم والطعام والخدمات الرياضية و الترفيهية، بالإضافة الى خدمات العلاج الفردي والجماعي. وتوفر مثل هذه المراكز بيئة تربية

صالحة لمساعدة الاطفال على التعلم والتعليم ، وتشمل هيئة التدريس عدداً من المختصين النفسيين والعاملين في حقل التنمية الاجتماعية والتربية الخاصة والاختصاصيين اللغويين والمشرفين. وقد يستمر تواجد الاطفال في مثل هذه المراكز لفترات زمنية متباينة حسب الحالات التي يعانون منها، ومثل هذه الفترات ربما تتراوح بين عدة اسابيع أو اشهر أو سنوات. وفي حال تحسن حالة الطفل يتم تحويله الى مراكز الحياة المجتمعية العامة لاستكمال حلقة اعداده للقيام بدوره في المجتمع.

_ الخدمات العائلية:

تعنى المراكز الاجتماعية ذات العلاقة بتقديم برامج توعية و ارشاد للعائلات التي يتواجد فيها افراداً يعانون من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية. وتتباين نوعية الخدمات الاجتماعية المقدمة للعائلات لنتناول الجوانب التنظيمية للعلاقات الاسرية بين الوالدين من جهة وبين الوالدين و الابناء من جهة أخرى، وتقدم النصائح و الارشادات في مجال تربية الاطفال والتعامل معهم بالإضافة الى المساهمة في حل الخلافات والصراعات القائمة بالأسرة وتقديم بعض انواع الدعم المادي والمعونات للأسر الفقيرة.

- برامج اعادة التأهيل:

تقوم فكرة هذه البرامج على اعادة تأهيل الاطفال المضطربين انفعاليا وسلوكياً وتقديم الدعم لهم من خلال ادماجهم في مراكز تأهيل خاصة يمضون فيها فترة زمنية قد تتراوح بين شهرين وستنين. وتدار هذه البرامج من قبل معلمين مؤهلين لهذا الغرض و اختصاصيين في مجال الصحة النفسية، بحيث يتم تقديم الدعم لكل من الطفل والعائلة والمجتمع وذلك من اجل تحقيق الاهداف التالية:

- دمج الطفل في مجتمعه بعد ان كان مرفوضاً من قبل الاسرة والمدرسة والمجتمع بسبب ما يعاني منه من اضطرابات انفعالية وسلوكية. ويتحقق مثل هذا الهدف من خلال تخليصه من مظاهر الاضطرابات التي يعاني منها.
- تنمية الشعور بالانتماء لدى الطفل نحو المجتمع الذي يعيش فيه.

- تعزيز ثقة الطفل بالأسرة والمدرسة والمجتمع من خلال تلبية مطالبه وحاجاته و اشباع دوافعه.
- مساعدة الطفل على النمو السليم والمتكامل في كافة المظاهر الحركية والاجتماعية واللغوية و الاخلاقية والعقلية و الانفعالية، مع العمل على تنمية قدراته على التفكير وحل المشكلات.
- توفير المصادر والوسائل متعددة الاغراض لمساعدة الطفل على التعلم والاكتساب و اشباع حاجاته المختلفة.
- تدريب اولياء الامور والمعلمين على كيفية تحديد مشكلات الطفل و اساليب التعامل معها و اجراءات علاجها وتعديلها.
- تدريب الاطفال وتزويدهم بالمهارات اللازمة حول كيفية صياغة اهداف تتناسب مع قدراتهم وميولهم وحاجاتهم وكيفية تحقيقها.

④ الخدمات الطبية: وتتضمن هذه الخدمات العناية بالام الحامل قبل عملية الولادة واثنائها وبعدها ، و اجراء الفحوصات الجسدية، والعقلية العامة ،والمتخصصة، والتحليل الطبي، واعطاء العلاجات المناسبة تحت الاشراف الطبي ، بالاضافة للعناية والوقاية للبصر والسمع، ويجب توفير هذه الخدمات بشكل اساسي في الحالات الطارئة. (خولة احمد يحي، 2006، ص 148).

المحاضرة الحادية عشرة: تعديل السلوك

1 مفهوم تعديل السلوك:

لقد اختلف العلماء حول مصطلح تعديل السلوك، فهناك بعض العلماء يقصر استخدامه على تطبيقات نظرية الاشراف الاجرائي لسكينر، والبعض الاخر يستخدم مصطلح تعديل السلوك والارشاد السلوكي بمعنى واحد ، ثم ظهرت تعريفات متعددة لتعديل السلوك ، ولكنها تدور حول فكرة اساسية هي تغيير السلوك غير المناسب الى سلوك مناسب ومقبول اجتماعيا.

ويستخدم تعديل السلوك بشكل واسع في المؤسسات التربوية كالمدراس والجامعات ومع المعاقين، ويقوم على تعديل المشكلات السلوكية لدى الافراد من خلال استبعاد وحذف الاستجابات السلوكية غير المرغوبة فيها واحلال محلها استجابات سلوكية مرغوب فيها.

وسنشير في الفقرة الموالية الى اهم التعاريف المقدمة لمصطلح تعديل السلوك:

✓ جمال الخطيب(1990): يعرفه بأنه فرع من فروع علم النفس التطبيقية يتضمن التطبيق المنظم للاجراءات المستندة الى مبادئ التعلم وبخاصة منها مبادئ الاشراف الاجرائي والاشراط الكلاسيكي، والتعلم بالملاحظة بهدف تغيير السلوك الانساني ذي الاهداف الاجتماعية، ويتم ذلك من خلال تنظيم واعادة تنظيم الظروف والمتغيرات البيئية الحالية ذات العلاقة بالسلوك وخاصة تلك التي تحدث بعد السلوك ، كذلك يشتمل تعديل السلوك على تقديم الادلة على ان تلك الاجراءات وحدها ولا شي غيرها عي التي تكمن وراء التغير الملاحظ. (طه عبد العظيم حسين، 2008، ص55).

✓حامد عبد السلام زهران(1998):يعرف تعديل السلوك بأنه عملية في جوهرها محو تعلم السلوك غير المرغوب والذي يظهر في الاعراض ، وذلك بالعمل على التخلص منه او اطفائه، ويتضمن اعدة تعلم لانماط سلوكية جديدة من خلال اعادة التنظيم الادراكي للفرد واعادة تنظيم سلوكه.

وفي ضوء التعاريف السابقة يمكننا تعريف تعديل السلوك بأنه مدخل في علم النفس الارشادي ، يركز على استخدام مبادئ التعلم والمعارف في فهم وتغيير سلوك الفرد من خلال زيادة وتقوية

السلوك المرغوب فيه للفرد وخفض او محو السلوكيات السلبية وغير المرغوب فيها ، علاوة على اكساب الفرد الاستجابات السلوكية الايجابية الاجتماعية وتعديل انماط التفكير الخاطئة لديه.

2_ الاتجاهات النظرية في تعديل السلوك:

①الاتجاه السلوكي:

يقوم على فكرة ان سلوك الفرد ليس عرضا وانما هو مشكلة بحد ذاتها ، وانه يجب التعامل معه وفهمه وتحليله وقياسه ودراسته ، ووضع افضل الاجراءات للتعامل معه حسب اوقات واماكن حدوثه ، وانه يمكن التحكم فيه عن طريق التحكم في المثيرات التي تحدثه وفي النتائج المترتبة عليه ، ويعتمد هذا الاتجاه على قوانين تعديل السلوك مثل العزيم والنمذجة وضبط الذات.(بطرس حافظ بطرس، 2009، ص216).

②الاتجاه المعرفي:

يرى بأن سلوك الفرد ليس ناتجا عن تفاعل بين المثيرات البيئية والفرد فقط ، وان استجابات الفرد ليس مجرد ردود افعال على مثيرات بيئية وانما هناك عوامل معرفية لدى الفرد قد تكون مسؤولة عن سلوكياته مثل ثقافته ومفهومه عن ذاته ، وخبراته وطرق تربيته وتنشئته، وطرق تفكيره عقلانية ام غير عقلانية وعلى مدى تفاعل حديثه الداخل مع بناءاته المعرفية وطرق اكتسابه لتعلم السلوك الخاطئ.

③اتجاه التعلم الاجتماعي:

يرى ان السلوك البشري يتعلمه الطفل بالتقليد او المحاكاة او النمذجة ، وان معظم السلوكيات الصحيحة والخاطئة هي سلوكيات متعلمة من بيئة الفرد ، وصاحب هذا الاتجاه هو اليرت باندورا. في هذا النموذج حاول اليرت باندورا دمج النماذج السابقة جميعا بهدف تطوير نظرية تتصف بالشمولية ، وتشتمل على العوامل البيولوجية والبيئية والمعرفية ، وتتمثل الخاصية الاساسية لهذا النموذج في ايضاح عملية التعلم من خلال الاعتماد على دور العمليات المعرفية ، ويرى اتباع هذا

المنحى ان التعلم قد يحدث دون تدريب مباشر او دون تأثير للظروف البيئية وانما من خلال التعلم بالملاحظة او النمذجة. (جمال الخطيب ، 2003 ، ص 24).

3 مبادئ تعديل السلوك:

هناك مبادئ اساسية تعتمد عليها اساليب واستراتيجيات تعديل السلوك على النحو التالي: (طه عبد العظيم حسين، 2008 ، ص 90).

_ الاهتمام بدراسة السلوك الظاهري او الخارجي القابل للملاحظة والقياس ويتم ذلك من خلال ملاحظة سلوك الطفل او المقابلات الشخصية او استخدام الاختبارات النفسية المناسبة حتى يتمكن القائمين على تعديل السلوك من تتبع التغيرات التي تطرأ على السلوك في مراحل العلاج المختلفة ولا بد من تحديد معدل حدوث السلوك المراد دراسته او تعديله ، وهذا يتطلب امكانية ملاحظته بشكل موضوعي وان يتفق الملاحظون على ذلك الهدف .

_ التعامل مع السلوك على انه مشكلة وليس عرضا لمشكلة ما: قديما كان ينظر الى السلوك على انه عرض لمشكلة ، ولذا كان العلاج يتركز على الكشف عن العوامل الخفية التي يزوالها بتغيير السلوكيات تلقائيا، ولكن احدى المميزات الاساسية لتعديل السلوك الانساني ، تتمثل في التعامل مع السلوك الانساني على اساس انه هو المشكلة ، وليس مجرد عرض لها وان هذا السلوك يحتاج الى تغيير .

_ السلوك المشكل او غير السوي هو سلوك متعلم ومكتسب من خلال تفاعل الفرد مع البيئة التي يعيش فيها ، فكل من السلوك السوي او الشاذ اذا ما تم تعزيزه سيقوى، واذا ما تمت معاقبته سيضعف ، فالنتيجة اذا انه يخضع للتعلم لذلك يتطلب الامر اعادة تعلم الفرد السلوك السوي من خلال اساليب تعديل السلوك. (احمد السيد سليمان، 2010 ، ص 137).

_ السلوك لا يأتي من فراغ: اي لا بد من تفاعل بين الفرد وبيئته يؤثر ويتأثر بها.

_ يتطلب تعديل السلوك تحديد الهدف وطريقة العلاج لكل سلوك .

_تعديل السلوك عملية منظمة وواضحة الخطوات وليست عشوائية بل هي عملية مخططة تبدأ بتحديد المشكلة السلوكية وتنتهي بتقويم ما تم تحقيقه من نتائج.

_ السلوك يخضع لقوانين ويعني ذلك التعامل مع السلوك بوصفه لا يحدث صدفة او بشكل عشوائي ، انما يحدث وفق قوانين معينة، او ان السلوك السوي يخضع للقوانين نفسها التي يخضع لها السلوك غير السوي . (طه عبد العظيم حسين، 2008، ص92).

_التعامل مع السلوك الانساني بوصفه محكوما بتوابعه : بمعنى اذا ادى السلوك الى حصول الفرد على مايريد ، او التخلص من شيء لا يريده ، كانت النتيجة احتمال تكرار هذا السلوك في المستقبل ، اما اذا ادى السلوك الى حرمان الفرد مما يريده ، يصبح الفرد اكثر ميلا الى عدم تأدية السلوك.

_ يتجنب تعديل السلوك تصنيف الافراد الى فئات معينة او وضعهم تحت عناوين مميزة (مثل وصفه بالهستيري او الفصامي ...الخ) لانه قد ينتج عنه العديد من المشكلات.

_ امكانية التعرف على فاعلية اجراءات تعديل السلوك من خلال ملاحظة التحسن في السلوك المستهدف ومعدل تكراره وظهوره . (طه عبد العظيم حسين، 2008، ص93).

_ ان تتم عملية تعديل السلوك في البيئة الطبيعية التي يحدث فيها، بمعنى ان السلوك اذا حدث في غرفة الصف وجب تغييره في غرف الصف..الخ.

_ يعتمد تعديل السلوك بدرجة كبيرة على اساليب ضبط الذات التي تحقق تعليم الاشخاص كيفية القيام بتنفيذ برامج التغيير على انفسهم . (جمال الخطيب ، 2003، ص33).

_ يركز تعديل السلوك على مبدأ هنا والان:بمعنى ان تعديل السلوك يركز على الحاضر وليس على الماضي، فهو لايركز على متى وكيف تعلم الفرد الاستجابات السلوكية غير المقبولة والتي في حاجة الى تعديل ،بل يركز بدرجة كبيرة على المشكلة السلوكية الراهنة والاعراض الحالية التي تحتاج الى تعديل.

_ العمل على مراعاة الفروق الفردية:يقوم تعديل السلوك على مراعاة الفروق الفردية ، اي استخدام الاسلوب المناسب بالاعتماد على طبيعة السلوك المراد تعديله ، ومستوى قبول الفرد ، حيث ان لكل فرد ظروفه الخاصة التي شكلت سلوكه.

_منحى تعديل السلوك منحى ايجابي ، لايركز على السلبيات حيث ان القائمين على تعديل السلوك لا يعتقدون ان الخلل يكمن في الفرد او في شخصيته ، ولكنه ينظر الى السلوك غير المرغوب فيه بوصفه نتيجة لخلل في عملية التعلم، ويمكن ازالته وفق مبادئ التعلم.

_ اجراءات تعديل السلوك لا تتضمن استخدام العقاقير او الادوية او العلاج بالصدمة الكهربائية ،وان كان هناك تغير يحدث في سلوك الفرد نتيجة لاستخدامها ،الا ان مفهوم وطبيعة تعديل السلوك اوسع من ذلك بكثير .

④ اهداف تعديل السلوك:

تهدف برامج تعديل السلوك الى تحقيق الاهداف التالية: (طه عبد العظيم حسين،2008،ص 89).

- _ مساعدة الطفل على تعلم سلوكيات جديدة غير موجودة لديه.
- _ مساعدة الطفل على زيادة السلوكيات المقبولة اجتماعيا والتي يسعى الطالب الى تحقيقها.
- _ مساعدة الطفل على التقليل من السلوكيات غير المقبولة اجتماعيا ،مثل التدخين ، الادمان الخ...

_ تعليم الطفل اسلوب حل المشكلات .

_ مساعدة الطفل على ان يتكيف مع محيطه المدرسي ويئته الاجتماعية.

_ مساعدة الطفل على التخلص من مشاعر القلق والاحباط و الخوف.

_مساعدة الطفل على السلوك في المواقف الاجتماعية بطريقة ايجابية وسوية.

_ مساعدة الطفل على تعديل انماط تفكيره السلبية والمنحرفة واستبدالها بانماط تفكير اكثر عقلانية.

_ مساعدة الطفل على تعلم المهارات الاجتماعية التي تعينه على التفاعل الاجتماعي مع الاخرين.

⑤ مجالات تعديل السلوك:

ان مجالات استعمال تعديل السلوك متعددة ومتنوعة منها: .(بطرس حافظ بطرس، 2009، ص215).

✓ مجال الاسرة : هناك الكثير من السلوكيات المرغوبة التي تود الاسرة ان يتعلمها افرادها ويتقنوها ومن ثم يعمموها ومنها: مهارات الاعتناء الذاتي ،من ارتداء الثياب، ونظافة شخصية ، وترتيب وتنظيف المكان ، وكذلك مراعاة اداب المائدة ، و اداب الحديث ايضا، وايضا في مجالات المهارات الاجتماعية حيث تسعى الاسرة الى تدريب اطفالها على التعامل مع الاخرين باحترام والمساعدة والصدق والامانة والمحافظة على الواجبات وعلى الممتلكات الخاصة والعامة.

✓ مجال المدرسة: عدم التأخر والغياب عن المدرسة ، المشاركة الصفية ، التعامل مع المدرسين والاطفال باحترام ، وكذلك الالتزام بالتعليمات والانظمة المحافظة على ممتلكات المدرسة ، اما اذا كان سلوك الطفل عكس ما ذكرناه فاننا بصدد تعديل سلوكه بالشكل الذي يحقق الوضع السوي.

✓ مجال التربية الخاصة: وهو مجال خصب جدا لبرامج تعديل السلوك ، ويعد تعديل السلوك من اهم مرتكزات العمل في التربية الخاصة ، وهنا يلجأ الاختصاصي الى تدريب فئات التربية الخاصة على تعلم او تعديل او المحافظة على العديد من المهارات منها: المهارات الاجتماعية والنفسية، ومهارات الاعتناء الذاتي ، والمهارات المهنية ، والمهارات التأهيلية.

✓ مجالات العمل : هناك الكثير من الدراسات التي قامت باستعمال اجراءات تعديل السلوك من اجل زيادة مهارات العاملين او زيادة انتاجهم ، او مساعدتهم في انجاز اعمالهم في الوقت المطلوب او التقيد بمواعيد العمل.

٧_مجالات الارشاد والعلاج النفسي: هنا يتم تقديم الارشاد وكذلك العلاج النفسي لمختلف الفئات ، بحيث يقوم الاختصاصي بمقابلة من يحتاجون لخدماته ويقرر عندها اسلوب تعديل السلوك المناسب لهم، ففي مجالات الاسرة يتم معالجة كثير من السلوكيات غير المقبولة كالسلوك العدوانى ، والغيرة ، والاهمال الزائد، وفي المدرسة يتم علاج مشاكل عدم التكيف والانسحاب وضعف التحصيل وصعوبات التعلم ، وكذلك علاج المشاكل النفسية مثل حالات الاكتئاب و الاحباط ، والمخاوف المرضية بشكل عام وعلاج المشاكل الزوجية ...الخ.

6_ بعض الاساليب المستخدمة في تعديل السلوك:

إن عملية تعديل السلوك تعتبر هي العامل الحاسم في إحداث التغيير في السلوك للأفضل ، ولذلك تتعدد أساليب تعديل السلوك ، منها زيادة حدوث السلوك الإيجابي ، وأساليب تقليل وحذف السلوك غير المرغوب ، وأساليب تكوين سلوكيات جديدة والمحافظة عليها ، كما يوجد أساليب خاصة بتعديل السلوك وفق أساليب معرفية وفيما يلي بعض الأساليب : (فوزية محمدي ، 2011 ، ص 130_ 145)

1_ أساليب تعديل سلوك المتعلمين بزيادة حدوثه:

تستخدم أساليب تعديل سلوك المتعلمين بزيادة حدوثه ، في حالة وجود سلوك يتصف بالإيجابية ، ومع ذلك فإن مقدار حدوثه لدى المتعلم لم يتحسن با لدرجة التي يراها المعلمون ، كافية لنجاحه في حياته المدرسية ، أو الاجتماعية وعليه يعمدون لزيادته ، وتحسينه ، مستخدمين في ذلك مبدأ التعزيز ، وهناك العديد من الأنواع التي ترتبط بالتعزيز ارتباطاً وثيق الصلة ، مما يحدث تعديل السلوك داخل الفصل

الدراسي ، ومن أهمها : التعزيز الايجابي: فهو أسلوب تقديم كل المعززات المرغوب فيها ، والتي تلي حدوث السلوك المرغوب فيه لتزيد من احتمالات ظهور هذا السلوك مستقبلاً ، في المواقف المماثلة وهو انواع : تعزيز اولي وثانوي وتعزيز النشاط .

2_ اساليب تعديل السلوك بتقليل حدوثه: من أمثلة أساليب تعديل السلوك الخاصة بتقليل السلوكات غير المرغوبة بالتعزيز السلبي ، الإطفاء ، التجاهل ، تكلفة الاستجابة ، الإبعاد المؤقت ، التصحيح المفرط ، الإشباع ، التغذية الراجعة ومعرفة النتائج ، الغمر .

3_ اساليب تعديل السلوك بتكوين سلوكيات او عادات جديدة:

لا يكفي في معظم الأوقات تعديل بعض السلوكات بزيادة السلوك المرغوب أو تقليل ، وحذف السلوك غير المرغوب , فما يتوجب من المعلم هو مساعدة المتعلم في تشكيل سلوكيات أو عادات جديدة ومنها النمذجة ، الإيماءات ، تشكيل استجابات سلوكية ، التسلسل ، الاسترخاء .

خاتمة:

الاضطراب السلوكي والانفعالي هو النمط الثابت والمتكرر من السلوك الذي تنتهك فيه حقوق الآخرين او قيم المجتمع الاساسية ، او قوانينه المناسبة لسن الطفل في البيت او المدرسة ، ووسط الرفاق وفي المجتمع ، على ان يكون هذا السلوك اكثر من مجرد الازعاج المعتاد او مزحات الاطفال المراهقين .

الاطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا هم اطفال غير قادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول ، وبناء ا عليه سيتأثر تحصيلهم الاكاديمي ، وكذلك علاقاتهم الشخصية مع المعلمين والزملاء في الصف ، ولديهم مشكلات تتعلق بالصراعات النفسية ، وكذلك التعلم الاجتماعي ، ووفقا لذلك لديهم صعوبات في تقبل انفسهم كأشخاص جديرين بالاحترام والتفاعل مع الاقران ، ومع اشكال السلطة كالمعلمين والمربين والوالدين بانماط سلوكية شخصية مقبولة .

بالرغم من كل الاسباب والنظريات التي قدمت من اجل فهم وتفسير المضطربين سلوكيا وانفعاليا ، الا انه باتفاق جميع الباحثين رغم اختلافاتهم وتوجهاتهم النظرية الى تصنيفهم ضمن فئة ذوي الاحتياجات الخاصة ، هذه الاخيرة تعنى باهتمام كبير من طرفهم خاصة في مجال الخدمات التربوية والنفسية والاجتماعية والطبية التي تقدم لهؤلاء الاطفال والبرامج التي يمكن من خلالها تعديل والتخفيف من حدة هذه الاعراض من اجل اعادة تكييف سلوكياتهم للتوافق ومعايير وثقافة المجتمع الذي ينتمي اليه هؤلاء الاطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا .

قائمة المراجع:

- ❖ احمد السيد سليمان، 2010، تعديل سلوك الاطفال التوحديين بين النظرية والتطبيق ، العين ، دولة الامارات العربية المتحدة ، دار الكتاب الجامعي
- ❖ احمد زكرياء حجازي، 2018، فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى تلاميذ ذوي صعوبات التعلم ،المجلة التربوية ، العدد 53، يوليو 2018
- ❖ احمد محمد الزعبي، 2013، الامراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الاطفال، ط1، عمان، دار زهران للنشر.
- ❖ احمد محمد عبد الهادي دحلان، 2003، العلاقة بين مشاهدة بعض برامج التلفاز والسلوك العدوانى لدى الاطفال بمحافظة غزة ، رسالة ماجستير، الجامعة الاسلامية ، غزة .
- ❖ اسامة فاروق مصطفى ، 2011، مدخل الى الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، الاسباب،التشخيص، العلاج ، ط1، عمان، دار الميسرة للنشر والتوزيع و الطباعة
- ❖ اسما بوعود ، 2014، الاضطرابات النفسية بين السيكولوجيا الحديثة والمنظور الاسلامي، مجلة الراسخون، اصدارات لجنة التراث النفسي العربي الاسلامي ، العدد 8.
- ❖ اسماء خوجة ، 2019، المشكلات السلوكية لدى تلاميذ ذوي صعوبات التعلم الاكاديمية في المرحلة الابتدائية _دراسة مقارنة بين بين ذوي صعوبات تعلم القراءة ، والكتابة ، والحساب _ رسالة دكتورة ل م د ، جامعة محمد خيضر بسكرة،
- ❖ اغمين نديرة، 2018، محاضرات في علم النفس المرضي للطفل والمراهق، مقدمة لطلبة اليسانس في علم النفس العيادي ، قسم علم النفس ، جامعة قالمة.
- ❖ امجد عزات عبد المجيد جمعة ، 2005، مدى فعالية برنامج ارشادي مقترح في السيكدراما للتخفيف من حدة بعض المشكلات السلوكية لطلاب المرحلة الاعدادية ، رسالة ماجستير،الجامعة الاسلامية ، غزة.
- ❖ ان موسى النجداوي ، محمود كفاوين ، 2015، اسباب السلوك العدوانى عند الاطفال من وجهة نظرهم ،دراسات العلوم الانسانية والاجتماعية ، المجلد 42، ملحق 2.

- ❖ انجاشري حفيظة، 2015، الاضطرابات السلوكية الانفعالية (الانسحاب الاجتماعي) وظهور صعوبات تعلم قراءة اللغة العربية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية الذين تتراوح اعمارهم بين 09_12 سنة، دراسة ميدانية لـ 10 حالات ببلدية الرغاية، الجزائر العاصمة ، رسالة ماجستير ، جامعة مولود معمري ، تيزي وزو .
- ❖ ايمان حمدي درويش الزعلان، 2015، قلق المستقبل وعلاقته بسمات الشخصية لدى الاطفال مجهولي النسب ،رسالة ماجستير في الصحة النفسية ،الجامعة الاسلامية، غزة.
- ❖ بادي حياة ،2015، سمات الشخصية وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى الاطفال ذوي صعوبات التعلم، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي ، جامعة سطيف 2،.
- ❖ بطرس حافظ بطرس، 2009، تعديل وبناء سلوك الاطفال ،عمان، دار المسيرة .
- ❖ بطرس حافظ بطرس، دت ، طرق تدريس الطلبة المضطربين سلوكيا وانفعاليا، دار الميسرة
- ❖ بلقيس جباري، علي طارق ، محمد الطشي ، 2008، الصحة النفسية في الجمهورية اليمنية بين الماضي والحاضر وافاق المستقبل ،الصندوق الاجتماعي للتنمية
- ❖ بوشاشي سامية ،2013، السلوك العدوانى وعلاقته بالتوافق النفسى الاجتماعى لدى طلبة الجامعة، رسالة ماجستير ،جامعة تيزي وزو .
- ❖ تهاني محمد عبد القادر الصالح ،2012، درجة مظاهر واسباب السلوك العدوانى لدى طلبة المرحلة الاساسية في المدارس الحكومية في محافظات شمال الضفة الغربية وطرق علاجها ومن وجهة نظر المعلمين ، رسالة ماجستير،جامعة النجاح الوطنية ، فلسطين.
- ❖ توفيق عبد المنعم توفيق ،دت، بعض مظاهر القلق لدى عينة من تلاميذ وتلميذات المرحلة الابتدائية للمراهقين، مجلة الطفولة العربية ، العدد ،56
- ❖ تيسير مفلح كوالحة، عمر فواز عبد العزيز، 2010، مقدمة في التربية الخاصة، ط4، عمان، دار الميسرة.
- ❖ جمال الخطيب ،2003، تعديل السلوك الانسانى ، دليل العاملين في المجالات النفسية والتربوية والاجتماعية، الكويت، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع .
- ❖ جمال محمد الخطيب ،منى صبحي الحديدي، 2009، المدخل الى التربية الخاصة، ط1، عمان ، دار الفكر .

- ❖ جموعي بلعربي ،2018، فاعلية برنامج ارشادي _ معرفي ، سلوكي _ للتخفيف من السلوك العدوانى لدى تلاميذ المرحلة الثانوية وفقا لحاجاتهم الارشادية ، رسالة دكتوراة ، جامعة سطيف 2.
- ❖ حافري زهية غنية، 2016، مطبوعة الدعم البيداغوجي في مقياس علم النفس المرضى ، موجهة لطلبة السنة الثاني ليسانس ،قسم علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا ، جامعة سطيف 2.
- ❖ خالد ابراهيم الفخراني،2015،اسس تشخيص الاضطرابات السلوكية،كلية الاداب ، جامعة طنطا
- ❖ خولة احمد يحي، 2000،الاضطرابات السلوكية والانفعالية،ط1، عمان، دار الفكر
- ❖ درغام الرحال ،2010،التربية الخاصة بالطفل،كلية التربية،سوريا، جامعة البعث.
- ❖ رامى عبد اللطيف الزقزوق ،2013،فاعلية استخدام السيكدراما في خفض مستوى القلق والافكار الاعقلانية لدى طلبة الكليات التقنية في قطاع غزة،جامعة الازهر بغزة.
- ❖ ريماء مالك فاضل،2014،فاعلية برنامج تدريبي باستخدام اللعب في تنمية بعض مهارات التواصل اللغوي لدى الاطفال ذوي اضطراب التوحد ، رسالة ماجستير في تقويم اللغة والكلام ، جامعة دمشق.
- ❖ زياد كامل الالا، شريفة عبد الله الزبيري،2011،اساسيات التربية الخاصة،عمان،دار الميسرة
- ❖ سامر جميل رضوان،2018،السلوك السوي والمضطرب عند الاطفال :تحديده، واسبابه وعلاجه، الارشيف العربي العلمي
- ❖ سعيد الدراس ،صالح الداھري، 2010،فاعلية برنامج تدريب سلوكي لاطفال ما قبل المدرسة وبرنامج توجيهي لوالديهم على اعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لديهم ،البصائر ، ، جامعة البتراء ،المجلد 13 ، العدد 2
- ❖ سعيد حسني العزة،2002،المدخل الى التربية الخاصة للاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة،ط1، عمان ،الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع .
- ❖ سليمان عبد الواحد يوسف ابراهيم، 2010،المرجع في صعوبات التعلم ، النمائية والاكاديمية والاجتماعية والانفعالية ، ط1، القاهرة، مكتبة الانجلو مصرية.



- ❖ سميرة عبد الحسين كاظم، ضحى عادل محمود العاني ، دت، السلوك الانسحابي عند التوحديين بعمر الروضة ،مجلة البحوث التربوية والنفسية ،العدد 31.
- ❖ شادي فاطمة ، مغار عبد الوهاب، 2019، اثر اضطراب قلق الامتحان على اداء الطالب الجامعي واليات المواجهة، مجلة البيداغوجيا ،مجلد 1، عدد 02.
- ❖ شريفة بنت قاسم بن صديق ال هاشم ، 2013، تأكيد الذات وعلاقته بالسلوك العدواني لدى طلبة التعليم ما بعد الاساسي في ضوء بعض المتغيرات بمدارس محافظة مسقط ، رسالة ماجستير ، تخصص ارشاد نفسي ، جامعو نزوي .
- ❖ طارق الهاشمي علي ، 2018، استراتيجيات مواجهة الضغوط كمدخل للتعافي من اضطراب القلق لدى الطلاب الجامعيين مصابي الحرب في ليبيا، مجلة البحث العلمي في التربية ، العدد 19
- ❖ طه عبد العظيم حسين، 2008، استراتيجيات تعديل السلوك للعاديين و ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الجامع الجديدة، الاسكندرية .
- ❖ عادل جاسب شبيب ، 2008، المصانص النفسية والاجتماعية والعقلية للاطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الاباء، رسالة ماجستير في علم النفس العام، الاكاديمية الافتراضية للتعلم المفتوح بريطانيا،
- ❖ عادل عبد الله محمد، 2011، مقدمة في التربية الخاصة، ط1، القاهرة، دار الرشاد.
- ❖ عبد الرزاق ياسين، 2009 ، الاضطرابات السلوكية، مجلة كلية التربية الأساسية العدد 56، الجامعة المستنصرية.
- ❖ عطاء الله بن يحي ، 2009، تشخيص صعوبات تعلم الرياضيات عند تلاميذ الطور الثالث من التعليم الابتدائي ،رسالة ماجستير ،جامع بن يوسف بن خدة،
- ❖ عطوف محمود يسين ، 1986، علم النفس العيادي (الكلينيكي)، ط2، بيروت ،در العلم للملايين .
- ❖ علاء جمال الربيعي، 2011، الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الاطفال الصم وعلاقتها بالتوافق الاسري، رسالة ماجستير ،الجامعة الالامية غزة



- ❖ عماد عبد الرحيم الزغول، 2006، الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الاطفال، ط1، رام الله، دار الشروق للنشر والتوزيع.
- ❖ غمري علجية، 2014، دور سوء المعاملة الاسرية في ظهور بعض الاضطرابات السلوكية (العدوان_ الانعزال الاجتماعي) لدى الطفل، رسالة ماجستير ، تخصص علم النفس الاجتماعي، جامعة بسكرة.
- ❖ فتحية محمد، سلوى عمر، 2017، المشكلات والاحتياجات التي تواجه اسر اطفال التوحد ودور المؤسسات في مواجهتها، مجلة الاندلس للعلوم الانسانية والاجتماعية ، العدد 15، مجلد 16 يوليو،
- ❖ فوزية محمدي، 2011، فعالية برنامجين تدريبيين في تعديل سلوك اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه وتعديل صعوبة الكتابة، رسالة دكتوراة تخصص علم النفس المدرسي، جامعة ورقلة .
- ❖ قحطان احمد الظاهر، 2008، مدخل الى التربية الخاصة، ط2 ، عمان، دار وائل للنشر،
- ❖ لحمري امينة، 2015، بناء برنامج علاجي سلوكي لخفض حدة النشاط الحركي الزائد وتشتت الانتباه لدى اطفال المرحلة الابتدائية ، رسالة دكتوراة، جامعة ابو بكر بلقايد ، تلمسان .
- ❖ لؤي زيدان محمد زغول، 2007، الاضطرابات السلوكية لدى اطفال اسر المعتقلين الفلسطينيين في محافظة بيت لحم من وجهة نظر الامهات ، رسالة ماجستير في الارشاد التربوي و النفسي ، جامعة القدس، فلسطين ،
- ❖ ليلي احمد مصطفى وافي، 2006، الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بمستوى التوافق النفسي لدى الاطفال الصم والمكفوفين، رسالة مقدمة لقسم علم النفس بكلية التربية ، كمتطلب تكميلي لنيل درجة الماجستير في علم النفس ، الجامعة الاسلامية .
- ❖ مثال عبد الله غني ، 2010، صعوبات التعلم لدى الاطفال ، دراسات تربوية ، العدد 10، نيسان.
- ❖ مجدي فتحي غزال ، 2007، فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الاطفال التوحديين في مدينة عمان ، رسالة ماجستير ، الجامعة الاردنية.

*محاسن مهدي عمر الحسين، 2015، اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وعلاقته باساليب المعاملة الوالدية،رسالة ماجستير ،جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا .

❖ محسن محمود احمد،2011،المظاهر السلوكية لاطفال التوحد في معهدي الغسق وسارة من وجهة نظر ابايهم وامهاتهم ،مجلة ابحاث كلية التربية الاساسية ، المجلد 11،العدد 1 ،

❖ محفظة بنت سالم ،2014،فاعلية برنامج ارشادي في خفض النشاط الزائد لدى طلبة الحلقة الاولى من التعليم الاساسي في سلطنة عمان ، رسالة ماجستير، جامعة نزوى .

❖ محمد حسن غانم ،2006، الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، الوبائيات ، التعريف ،محكات التشخيص ، الاسباب ، العلاج ، المأل والمسار،القاهرة ، مكتب الانجلو مصرية

❖ محمود سيد ابو النيل ،2014،الصحة النفسية،القاهر ،جامعة عين شمس..

❖ محمود فتحي عكاشة ،الصحة النفسية،دون سنة النشر ،دون سنة الطبع

❖ مريم سمعان، 2010،، الانسحاب الاجتماعي لدى الاطفال المتخلفين عقليا وعلاقته ببعض المتغيرات _ دراسة ميدانية في مراكز رعاية وتأهيل المعوقين ذهنيا في محافظة دمشق _ مجلة جامعة دمشق ،المجلد 26،العدد 4،

❖ مسفر بن عقاب بن مسفر العتيبي ،2018، مقدمة في التربية الخاصة،مصر،شعلة الطباعة للنشر والتوزيع.

❖ مصطفى نوري القمش ،خليل عبد الرحمن المعايطه،2007،سيكولوجية الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة،مقدمة في التربية الخاصة، ط1 ،عمان،در الميسرة .

❖ مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمان المعايطه ،2006،الاضطرابات السلوكية والانفعالية،عمان ، دار الميسرة للنشر والتوزيع.

❖ ناجية دايلي ،2018، معايير السواء ومؤشرات الصحة النفسية -دراسة نظرية تحليلية - مجلة العلوم الاجتماعية ، المجلد 15، العدد27.

❖ نديرة اغمين ،2017 ، اشكالية السواء واللاسواء في علم النفس المرضي،حوليات جامعة قالمة للعلوم الاجتماعية والانسانية ، العدد 20، جوان .

- ❖ نضال عبد الناصر فهمي ابو زهرة ،2011،تأثير متغيرات الممارسة الرياضية والجنس والصف على المشكلات السلوكية لدى طلبة المرحلة الاساسية العليا في محافظة نابلس ، رسالة ماجستير في التربية الرياضية ، جامعة النجاح الوطنية، نابلس ، فلسطين.
- ❖ نورة عامر ،2006،دراسة تشخيصية لاضطراب فرط النشاط المصاحب لخفض الانتباه وعلاقته بمهارات التعلم عند التلميذ ، مجلة العلوم الانسانية،العدد6 ، ديسمبر
- ❖ نيرة محمد صباح حسن كجة ،2013، اضطرابات القلق والاكتئاب لدى المرأة في مرحلة منتصف العمر في بلدي العيزرية و ابوديس ،رسالة ماجستير،جامعة القدس ، فلسطين .
- ❖ هشام احمد غراب ، ايمن يوسف حجازي ،2012،فاعلية برنامج العاب الصيف في خفض مظاهر السلوك العدواني لدى الاطفال في قطاع غزة ،مجلة جامع الشارقة للعلوم الانسانية والاجتماعية ،المجلد 9،العدد 1.
- ❖ وليد وهدان حميد عمارة،2017،فعالية برنامج ارشادي في خفض السلوك الانسحابي لدى الاطفال ذوي صعوبات التعلم،مجلة كلية التربية،جامعة بور سعيد، العدد 21.
- ❖ ياسر يوسف اسماعيل،2009،المشكلات السلوكية لدى الاطفال المحرومين من بيئتهم الاسرية، رسالة مقدمة لقسم علم النفس بكلية التربية بالجامعة الاسلامية (غزة) كمتطلب تكميلي لنيل درجة الماجستير في الصحة النفسية.

_ American Academy of Pediatric . (2000) . **Clinical practice guideline :**

diagnosis and evaluation of the child with ADHD . pediatrics,105

(5),1158-117.

_Bandura, A. (1973): **Aggression Asocial Learning Analysis:**new jersey .prentice _hal.

_Barlow.H and David.V and Durand(1998).**Abnormal Psychology.**Thomson Brooks.Cole.London.

_Dollared, J. Miller, D. Doob, L. & Mowerer,O. (1980): **Frustration & aggression,** Greenwood press

_Hallahan.D AND Kauffman.J(1979).**Exceptional children introduction to special education** .prentice hall.inc.

_ National Institute of Mental Health . (2003) . **Attention Deficit HyperactivityDisorder**

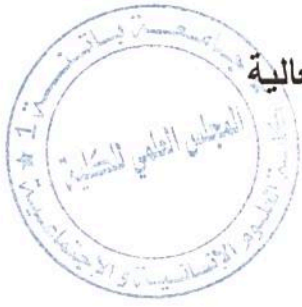
_ Olmanns .F and Thomas.R(1998). **Abnormal Psychology**.2ed

-Peterson, C.M. 8 et,al. (2002) **country living Isolation Issues, university of monnesota Extension** service number 983-[www.Extension.umn.edu- infarfam](http://www.Extension.umn.edu/infarfam)

_ reber. a. **dictionary of psychology England** 1986 – 1987: published. Simultan eausly by Viking repinted.

_Richard A. Lippa, (1995): (**Introduction to Social Psychology**) California State University Fullerton

_Walker.C and Robert .M(1983).**Handbook of Clinical Child Psychology**.New York.INC.



مطبوعة بيداغوجية في مقياس الاضطرابات السلوكية والانفعالية

مقدمة للسنة الثالثة مدرسي

ملخص المطبوعة:

تعتبر الاضطرابات السلوكية أحد ميادين التربية الخاصة الحديثة نسبيا، والمعرفة في هذا الميدان لا تزال حديثة مقارنة بميادين التربية الخاصة الأخرى، ونتيجة للاختلاف في طبيعة الاضطرابات السلوكية وأسبابها، وعلاجها، وكذلك نتيجة لتعدد اختصاصات واهتمامات المهنيين والباحثين، بالإضافة إلى تعقد الاضطراب نفسه وتداخله مع اضطرابات أخرى، لذا كان لزاما توضيح هذا من خلال مقياس الاضطرابات السلوكية والانفعالية من خلال المحاضرات المدرجة في هذه المطبوعة والتي بدأنا بمدخل مفاهيمي لاضطراب السلوك، ثم محكات تحديد الاضطرابات السلوكية والانفعالية وتصنيفها، أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية، خصائص المضطربين سلوكيا وانفعاليا، النظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية والانفعالية،: قياس وتشخيص الاطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا ثم تناولنا اشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية في ثلاث مجموعات، وأهم الخدمات التربوية والنفسية والاجتماعية والطبية المقدمة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا، وفي الأخير تطرقنا إلى بعض الأساليب المستخدمة في تعديل السلوك.

الكلمات المفتاحية: السلوك السوي، والشاذ، الاضطرابات السلوكية، الاضطرابات الانفعالية

جعلت الباحثين يميلون إلى استخدام مصطلحات متعددة للإشارة إلى هذه الفئة من الأشخاص، فمن المصطلحات التي استخدمت للإشارة إلى هذه الفئة من الأشخاص، مصطلح الاضطرابات الانفعالية أو

مصطلح الاعاقة الانفعالية ، الا ان التوجهات الحديثة في التربية الخاصة تميل الى استخدام مصطلح الاضطرابات السلوكية.

